

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1896 à 1 heure

PAR

Paul FAREZ

Licencié ès-Lettres (Philosophie)

Né à Blécourt (Nord) le 7 Août 1888

DE LA DYSHIDROSE

Président : M. FOURNIER, professeur.

Juges : MM. } PINARD, professeur.
WURTZ et VARNIER, agrégés.

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 23 décembre 1896 à 1 heure

PAR

Paul FAREZ

Licencié ès-Lettres (Philosophie)

Né à Blécourt (Nord) le 7 Août 1888

DE LA DYSHIDROSE

Président : M. FOURNIER, professeur.

*Juges : MM. { PINARD, professeur.
WURTZ et VARNIER, agrégés.*

PARIS

A. MALOINE, EDITEUR

21, PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 21

1896

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	N.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER
Thérapeutique et matière médicale.	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBENE.
	STRAUS.
	N.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.	PANAS.
Clinique des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	TARNIER.
	PINARD.

Professeur honoraire.

M. PAJOT

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	ROGER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	SEBILEAU.
ANDRE.	GILLES DE LA	MENETRIER.	THIERY.
BAR.	TOURETTE.	NELATON	THOINOT.
BONNAIRE.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BROCA.	HARTMANN.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE	HEIM.	travaux anatomiques.	WALTHER.
CHARRIN.	LEJARS.	RETTERRER.	WEISS.
CHASSEVANT	LETULLE	RICARD.	WIDAL
DELBET.			WURTZ.

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

dont la longue et laborieuse carrière d'instituteur public a été un perpétuel exemple de loyauté, de droiture, d'honneur et de dévouement, je dédie cette thèse comme un pieux hommage de profond amour et de vive reconnaissance.

A MA MÈRE

A MA SOEUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES GRANDS PARENTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ALFRED FOURNIER

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine,
Officier de la Légion d'Honneur.

A MONSIEUR LE DOCTEUR H. TENNESON

Médecin de l'hôpital Saint-Louis

A TOUS MES MAITRES

DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX DE PARIS

*HOMMAGE RESPECTUEUX
ET RECONNAISSANT*

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder mon sujet, j'ai le devoir de remercier du fond du cœur tous ceux qui, de près ou de loin, ont acquis des droits impérissables à ma reconnaissance.

Parmi eux je tiens à mentionner tout spécialement M. L. Lévy-Bruhl, maître de conférences à l'Ecole normale supérieure, professeur à l'Ecole des sciences morales et politiques, — MM. Paul Janet, Victor Brochard, Emile Boutroux et Gabriel Séailles, professeurs à la Faculté des Lettres de Paris, — M. Piéron, Inspecteur général de l'enseignement secondaire, — M. Laviéville, Inspecteur de l'Académie de Paris, censeur et sous-directeur des études scientifiques au Lycée Saint-Louis, — M. Dhombres, proviseur du Lycée Hoche, à Versailles. Les uns et les autres, à des titres divers, m'ont, en maintes circonstances, honoré de leur sympathie, réconforté de leurs encouragements, éclairé de leurs conseils, aidé de leur influence. Je leur en adresse l'expression de ma vive et profonde gratitude.

Je fais respectueusement hommage de ma thèse à M. Gréard, recteur de l'Académie de Paris, membre de l'Académie française, grand-croix de la légion d'honneur, — ainsi qu'à M. Albert Durand, secrétaire de l'Académie de Paris. Tous deux m'ont donné, il y a plusieurs années déjà, des marques particulières de leur bienveillante sollicitude. Je les prie de vouloir bien agréer l'expression de toute ma reconnaissance.

J'adresse également un souvenir respectueux à mon ancien proviseur et à mon ancien censeur au Lycée Saint-Louis, M. Joubin, inspecteur de l'Académie de Paris, et M. Chapuis, censeur des études au Lycée Charlemagne.

Je remplis un devoir de déférence en faisant aussi hommage de ma thèse à mes supérieurs immédiats, M. le directeur et M. le censeur du collège Rollin. Je n'ai garde d'oublier mon préfet d'études, M. Bétolaud, dont je ne saurais assez louer la paternelle sollicitude et l'inépuisable bienveillance.

En ma qualité de professeur à l'Association philotechnique, j'adresse mes plus respectueux hommages aux deux hommes éminents qui viennent, l'un d'abandonner et l'autre d'accepter la présidence triennale de cette association, M. Léon Bourgeois, ancien Président du Conseil des ministres, député de la Marne, et M. F. Buisson, ancien directeur de l'enseignement primaire au ministère de l'Instruction publique, professeur à la Faculté des lettres de Paris. J'adresse aussi, avec l'hommage de ma thèse, l'expression de tout mon dévouement à M. le docteur Beauregard, secrétaire général de cette même association et à M. Mazeran, professeur au collège Rollin, directeur de la section d'enseignement secondaire (rue Milton).

DE LA
DYSHIDROSE

CHAPITRE I

HISTORIQUE

1. Identité symptomatique du « Dysidrosis » de Tilbury Fox et du « Cheiro-Pompholyx » de Jonathan Hutchinson (1876).
2. *Discussion sur le droit de priorité* : leçons et communications antérieures inédites ; témoignage de Tweedy. — Cumming.
3. *Discussion sur la localisation et la pathogénie de l'affection* : Théorie de T. Fox ; théorie contraire de J. Hutchinson. — Les partisans prennent part à la lutte. Robinson, champion d'Hutchinson (1877) et Crocker de Fox (1877-1878). Diversité des interprétations. Recours à l'arbitrage de Thin : mort de Fox (1878). Contrôle de G. et F.-E. Hoggan (1883).
4. *Cas de Pearse, Thin, Walther Smith, Cottle, Burgess, L. Bonnet, Williams, Santi, Breda, Barthélemy, Gastou, Farez, Berliner, Barendt, Rasori et Schwimmer, Behrend, Pringle, Perry, Penrose, Mackey, Jarisch, Jamieson, etc.*, Dyshidrose de la face et hydrocystome.
5. *Désaccord* des différents auteurs ; diversité d'interprétation. — But de ce travail, etc.

C'est en 1873 que, pour la première fois, il est fait mention, dans la littérature dermatologique, de cette éruption communément désignée aujourd'hui en France sous le nom de Dyshidrose (1). S'agit-il donc d'une maladie nouvelle ?

(1) Les auteurs français ne s'accordent pas au sujet de l'orthographe qu'il convient d'adopter. C'est ainsi que l'on rencontre à peu près indifféremment : dyshidrose, dysydrose, dyshidrose et dysidrose.

Or, on ne doit pas écrire « dyshydrose », car cela fait supposer que le mot dérive de τὸ ὕδωρ (l'eau).

Même en admettant que τὸ ὕδωρ soit la véritable racine, on ne

Non, certes ; mais, tandis que cette affection a été jusqu'alors confondue avec l'eczéma ou avec la gale, des observateurs plus attentifs prétendent lui constituer une individualité propre.

A vrai dire, il n'est pas aisé de résoudre la question de priorité qui a surgi à cette occasion. Un débat violent s'est élevé entre les auteurs anglais et les auteurs américains, sans que la lumière ait pu en résulter ; quoiqu'il en soit, voici les éléments du procès (1).

Au mois de janvier 1873, Tilhury Fox publie dans *The American Journal of Dermatology* (2) un article dans lequel il décrit minutieusement une éruption cutanée palmaire qu'il rapporte à un trouble physiologique des glandes sudoripares ; pour cela, il l'appelle « *Dysidrosis* », c'est-à-dire sueur difficile (δυσ, ἰδρώς). Huit mois plus tard, à la date du 27 septembre, le même auteur fait paraître dans *The british*

peut en aucune façon écrire « dysydrosè », parce qu'alors on omettait sans raison l'h qui représente l'esprit rude de τὸ ἰδῶρ.

La racine étant ὀ ἰδρώς, (la sueur), avec iota et esprit rude, c'est par une *h* et un *i* qu'il y a lieu d'écrire le nom de la maladie qui nous occupe. « *Dyshidrose* » est donc la seule orthographe qui soit conforme à l'étymologie ; c'est celle qui sera adoptée dans tout le cours de ce travail ; c'est d'ailleurs aussi celle à laquelle paraissent s'être définitivement ralliés, M. Gaucher, M. Thibierge et d'autres auteurs encore.

Quant à la dernière forme « *Dysidrose* », elle est défectueuse, car elle semble impliquer que ὀ ἰδρώς s'écrit avec un esprit doux.

Ainsi, tous les mots dérivés de ὀ ἰδρώς doivent s'écrire par *hi*. Donc, de même qu'on écrit *hidrosadénite*, *hidrocystome*, *éhidrose*, de même aussi l'on écrira par la suite : *hyperhidrose*, *anhidrose*, etc.

(1) Cf HOGGAN (G. u. F.-E), Ueber Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx und Pompholyx, Monatshefte für praktische Dermatologie, 1883, nos 4 et 5, p. 110-121, 148-155. — Cf DOYON, Contribution à l'étude du Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx ou Pompholyx, Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 2^e série, 1884, p. 93-102.

(2) On dysidrosis, Vol. IV, p. 1-8.

médical Journal (1) un nouveau mémoire sur le même sujet ; en même temps il donne, à l'appui de sa description, le dessin colorié (2) d'une éruption dyshidrotique (3). Il semble donc que l'honneur et le mérite d'avoir, le premier, nettement décrit et individualisé la Dyshidrose revient sans conteste à Tilbury Fox.

Or, en 1876, Jonathan Hutchinson décrit à Londres une affection à laquelle il estime qu'il convient de faire une place à part dans le cadre des dermopathies (4). Comme cette affection siège aux mains et qu'elle est constituée par des bulles, il l'appelle « *Cheiro-Pompholyx* » (5). Hutchinson s' imagine donc qu'il peut à bon droit revendiquer le mérite d'avoir enrichi la dermatologie d'une nouvelle espèce nosologique.

Mais, en comparant à cette description du Cheiro-Pompholyx sa propre description de la Dyshidrose, T. Fox ne tarde pas à se convaincre qu'il s'agit, en réalité, d'une seule et même affection. Sans doute, Hutchinson a cru y voir une névrose et non un trouble des glandes sudoripares, mais le tableau clinique est presque identique de part et d'autre ; en maints endroits, les mêmes termes, les

(1) Clinical lecture on dysidrosis (an undescribed eruption) 27 sept. 1873, p. 365.

(2) Clinical lecture on dysidrosis, Atlas of skin diseases, planche LI, page 84.

(3) Il convient de dire « dyshidrotique » et non « dyshidrosique », puisque το ἰδρώσα pour génitif τοῦ ἰδρώτος avec un τ et qu'en outre ce substantif a donné en grec l'adjectif ἰδρωτικός.

(4) HUTCHINSON, Cheiro-Pompholyx. Illustrations of clinical surgery, Londres 1876, vol. I, p. 49 et sq.

(5) De χεῖρ, main et πομφόλυξ, bulle d'air qui se forme au-dessus d'un liquide; d'où par extension, bulle remplie de liquide. Conformément à l'étymologie, il convient d'écrire Pompholyx avec y ; cette dernière orthographe sera uniformément adoptée dans la suite de ce travail.

mêmes expressions s'appliquent aux mêmes symptômes ; la ressemblance est telle qu'on se demande si Hutchinson ne s'est pas rendu coupable d'un véritable plagiat.

Il semble donc manifeste que la priorité revient à T. Fox ; comme celui-ci ne manque pas de le proclamer dans une lettre que publie *The Lancet* dans son numéro du 15 avril 1876 (1). T. Fox, en même temps, reproche à Hutchinson de n'avoir même pas fait mention de l'article paru en 1873 dans le journal américain.

Dans cette même publication, *The Lancet*, Hutchinson reconnaît, en effet, le 22 avril suivant (2), l'identité symptomatique du Cheiro-Pompholyx et de la Dyshidrose ; mais il prétend n'avoir ni lu ni connu l'article auquel T. Fox fait allusion (3). Il ajoute que, quand bien même il aurait eu connaissance du dit article, il n'en revendiquerait pas moins, lui, Hutchinson, son droit de priorité, attendu que déjà en 1871 il a fait une conférence au sujet de la maladie décrite deux ans plus tard et sous un autre nom par Tilbury Fox. Il offre en même temps de fournir les notes qui lui ont servi à faire la conférence de 1871 (4).

Mais T. Fox réplique le 29 avril, toujours dans *The Lancet* (5), que l'allégation d'une conférence privée et la présentation de notes inédites ne sauraient prévaloir contre

(1) TILBURY FOX. Mr. Hutchinson's Cheiro-Pompholyx. Lettre à *The Lancet* 1876, 15 avril, p. 563.

(2) HUTCHINSON, Mr. Hutchinson's Cheiro-Pompholyx. Lettre à *The Lancet* 1876, 22 avril, p. 618.

(3) *The american journal of Dermatology*, 1873, janvier, vol. IV, p. 1-8.

(4) HUTCHINSON, Cheiro-Pompholyx ; Notes of clinical lecture on « a recurrent bullous eruption of the hands », rédigé en 1871, et actuellement imprimé mot pour mot ; *The Lancet*, 1876, 29 avril, p. 630.

(5) TILBURY FOX, Dysidrosis and Cheiro-Pompholyx. Lettre à *The Lancet*, 1876, 2 avril, p. 631.

un document imprimé; d'ailleurs il prétend avoir déjà fait, lui aussi, une leçon sur la dyshidrose; c'était à l'*University College Hospital*, mais en l'année 1870 (1), c'est-à-dire un an avant la prétendue conférence dont se prévaut Hutchinson.

Surces entrefaites, et comme pour mettre d'accord les deux adversaires, survient le docteur Cumming (d'Edimbourg), tel le troisième larron de la fable. Il déclare, en effet, dans *The Lancet* du 15 avril 1876 (2), qu'il connaît, depuis au moins trente ans, l'affection qui fait l'objet de ce débat. Mais, comme aucun document n'établit la prétendue priorité de Cumming, il n'est pas tenu grand compte des affirmations de ce dernier, et la rivalité reste limitée entre Fox et Hutchinson.

Or, la discussion ne s'en tient pas là, car ce n'est pas le seul point de vue de l'antériorité chronologique qui divise nos deux auteurs; ils sont aussi en complet désaccord sur la manière d'interpréter la maladie elle-même, sur la localisation anatomique et sur la signification pathologique du processus vésiculeux.

Pour T. Fox, les canaux excréteurs des glandes sudoripares se trouvent obstrués; il en résulte que la sueur sécrétée ne peut s'échapper au dehors; elle s'accumule dans l'appareil sudoripare, lequel se dilate et revêt l'aspect d'une vésicule transparente qui, de plus en plus distendue par la sécrétion sudorale non interrompue, ne tarde pas à venir faire saillie à la surface de la peau.

(1) Cette affirmation de T. Fox est confirmée par Tweedy qui déclare avoir lui-même assisté à cette conférence. — Cf Tilbury Fox, *On the skin-affection lately observed and described as Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx and Pompholyx*, *British medical journal* 1877, 8 décembre, p. 798.

(2) W. CUMMING, *Cheiro-Pompholyx*, Lettre à *The Lancet*, 1876, 15 avril, p. 563.

Hutchinson prétend, au contraire, que cette éruption n'intéresse en aucune façon les glandes sudoripares. Pour lui, les vésicules sont situées au sommet des papilles ; leur contenu est constitué non par de la sécrétion sudorale, mais par du sérum qui a transsudé à travers la paroi des vaisseaux papillaires.

Ces deux théories vont avoir leurs partisans irréductibles ; en effet Duhring (1) et Crocker se déclarent pour l'interprétation sudorale, Robinson et Thin (2) pour la conception sus-papillaire ; les disciples vont, à leur tour, descendre dans l'arène et défendre avec acharnement sur un nouveau terrain l'opinion qu'ils ont embrassée.

C'est ainsi que Robinson se met à faire des biopsies et à monter des coupes, dans le but de confirmer par l'histologie la doctrine de Hutchinson. Robinson (3) affirme, en effet, qu'il a vu, à l'aide du microscope, la glande sudoripare tout à fait intacte entre deux bulles de Cheiro-Pompholyx ; il en résulte donc manifestement, d'après lui, que les glandes sudoripares demeurent tout à fait étrangères à cette éruption ; l'élément éruptif est néanmoins rempli de liquide, mais d'un liquide issu des vaisseaux papillaires. D'autre part, comme cette affection ne siège pas uniquement aux mains, mais peut se rencontrer souvent aussi aux pieds, Robinson propose de ne plus l'appeler Cheiro-Pompholyx, mais simplement Pompholyx (4).

De son côté, Crocker prête à T. Fox un concours dévoué :

(1) Cf : *British medical journal*, 8 décembre 1877, p. 798.

(2) THIN, Remarks on a skin-affection lately observed and described as Dysidrosiis, Cheiro-Pompholyx and Pompholyx. -- Cf : *British medical journal*, 1^{er} décembre 1877, p. 761.

(3) A.-R. ROBINSON, Pompholyx ; Cheiro-Pompholyx (Hutchinson) ; Dysidrosis (Tilbury Fox), avec quatre planches. — Cf : *Archives of Dermatology*, New-York, juillet 1877, vol. III, p. 289-303.

(4) TILBURY FOX avait, d'ailleurs, déjà en 1873, fait mention de cette localisation à la plante des pieds.

il prétend démontrer, également par l'histologie, que c'est Hutchinson qui s'est trompé. En effet, après avoir examiné au microscope des préparations de dyshidrose, Crocker affirme que les vésicules ne siègent jamais au sommet des papilles, mais qu'elles sont localisées dans la couche épineuse interpapillaire ; or, c'est comme là précisément que se trouve le canal excréteur de la glande sudoripare, il en résulte évidemment que la vésicule et le canal sudoral coïncident. Tel est le sens des déclarations faites par Crocker à la Société pathologique de Londres, au mois de mai 1878 (1).

Les partisans de Hutchinson, comme on devait s'y attendre, mettent en doute la compétence histologique de Crocker. Alors les deux camps conviennent de soumettre les préparations de ce dernier à l'arbitrage de Thin ; mais Fox meurt, sur ces entrefaites, ce qui met fin à un débat très long et très aigu, duquel n'a pu sortir de la lumière.

Cependant les préparations incriminées sont reprises quelques années plus tard, en 1883, par G. et F.-E. Hoggan (2). Pour eux, la vésicule dyshidrotique siège, en effet, dans la couche épineuse interpapillaire, et en cela Crocker a raison ; mais, d'autre part, la vésicule ne coïncide pas, au moins au début de son évolution, avec le canal sudoral et, sur ce point, Robinson a raison à son tour (3).

Pendant tout le temps qu'a duré l'âpre rivalité dont il a

(1) TILBURY FOX et RADCLIFFE CROCKER ; The minute Anatomy of Dysidrosis, Transactions of the pathological Society of London, 1878, 21 mai, vol. XXIX, p. 264. — Tilbury Fox ; Clinical comments on Dysidrosis and its morbid anatomy, Cf : *British medical journal*, 1878, 25 mai, p. 748.

(2) Cf : articles cités supra, Monatshefte für praktische Dermatologie, 1882, nos 4 et 5, p. 110-121, 148-155. — Cf aussi *Annales de Dermatologie*, 2^{me} série, 1884, p. 93-102.

(3) Le résultat de ces divers examens histologiques sera exposé plus complètement infra, au chapitre de l'anatomie pathologique.

été question plus haut, de nouvelles observations sont venues s'ajouter aux précédentes et préciser en même temps que compléter le tableau clinique de l'éruption. Il convient de citer entre autres le cas de Pearse (1), les deux de Thin (2), les trois de Walther Smith (3) et les onze de Cottle (4).

De 1883 à 1889, la dyshidrose, après avoir provoqué de si vives polémiques passe au second plan et préoccupe moins les esprits. C'est à peine si, pendant cette période, on peut relever la publication du cas de Burgess, présenté le 22 novembre 1888 à la *Sheffield Medico-Chirurgical Society* (5).

Au mois de juillet 1889, L. Bonnet soutient devant la Faculté de Médecine de Paris une thèse de doctorat intitulée « *Contribution à l'étude de la Dysidrose* » (6). C'est le premier travail paru en France sur une question qui, en Angleterre et en Amérique, avait déjà fait couler des flots d'encre et déchaîné de si violentes rivalités (7). Dans cette

(1) Archives of Dermatology, VI, 1880, p. 177. — *British medical journal*, 19 avril 1879, p. 586. — Cf infra, observation

(2) Monatshefte für praktische Dermatologie, XV, n° 3, 1^{er} août 1893, p. 101. — *Annales de Dermatologie*, 1884, V, p. 99. — Cf infra, observation 2.

(3) *The Dublin Journal of medical Science*, novembre 1880, p. 390. — *Revue des Sciences médicales*, de Hayem. 1881, vol. XVII, p. 193. — Cf infra, observations 3, 4 et 5.

(4) Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis, Wien, 1877, IX, p. 587. Cf infra, p. 48 et 52.

(5) *Medical Presse*, 5 décembre 1888. — *The british journal of Dermatology*, 1888-1889, t. I, p. 97.

(6) Paris, Henri Jouve, 1889. 94 pages.

(7) On rencontre bien, il est vrai, dans les *Annales de Dermatologie* (2^{me} série, 1884, p. 93-102) un article de Doyon, intitulé « Contribution à l'étude du Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx ou Pompholyx » ; mais il s'agit là d'un compte-rendu de l'article de G. et F.-E. Hoggan, déjà cité plus haut, et non pas d'un travail original.

thèse, L. Bonnet s'en rapporte, pour l'histologie, à l'opinion de G. et F.-E. Hoggan ; de propos délibéré, il n'a fait aucune biopsie ; il s'est contenté de bien mettre en lumière l'aspect clinique de la dermatose. Il rapporte en outre 20 cas de dyshidrose empruntés à différents auteurs ou observés par lui à l'hôpital Saint-Louis, à Paris, pendant l'été de 1889.

Depuis lors, deux travaux très importants dominent toute l'histoire de la dyshidrose. Le premier en date est l'article publié par A. Winkelried Williams, d'abord dans les *Monatshefte*, le 15 juillet 1891, puis dans le *British Journal of Dermatology*, au mois d'octobre de la même année (1). Le second paraît en 1892, également dans les *Monatshefte* (2) ; il est écrit par A. Santi (de Berne) Ces deux travaux rapportent, en outre de quelques observations nouvelles, le résultat des recherches histologiques entreprises séparément par chacune des deux auteurs dans le laboratoire de Unna (Hambourg). Le mémoire de Santi contient, de plus, un exposé historique où sont résumées et, souvent, critiquées les opinions des différents dermatologistes qui ont pris parti dans la question si controversée de la pathogénie de la dyshidrose (3).

(1) Cheiro-Pompholyx (Histologische Untersuchung), Monatshefte für praktische Dermatologie XV, 2, 15 juillet 1891, p. 44-47, — The anatomy of Cheiro-Pompholyx, *British journal of Dermatology*, III, octobre 1891, p. 303-308.

(2) Zur Frage der als Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx und Pompholyx beschriebenen Hauterkrankung, Monatshefte für praktische Dermatologie, 1892, XV, p. 93-109, 160-176.

(3) Je rapporterai plus loin, soit pour les combattre, soit, le plus souvent, pour m'y rallier les diverses opinions qui y sont exposées. J'aurai également l'occasion de faire de nombreux emprunts à ces deux travaux, parfois même d'en donner une traduction littérale. Je le dis une bonne fois pour n'y plus revenir.

Vers la même époque, Breda (1) publie, lui aussi, le compte rendu de plusieurs examens microscopiques pratiqués dans deux cas dont il rapporte également l'observation (2).

Depuis la thèse de L. Bonnet (1889), les observations nouvelles et les travaux originaux ne sont pas rares, surtout à l'étranger et, en particulier, dans ces derniers temps.

En France, ce sont d'abord les deux cas de M. Barthélemy (3), puis les deux autres, tout à faits récents, présentés à la Société de Dermatologie de Paris par M. Gastou, chef de clinique de M. le professeur Fournier (4). Enfin, pendant tout le cours de l'été dernier, j'ai eu l'occasion d'étudier et de suivre à l'hôpital Saint-Louis un certain nombre de malades atteints de dyshidrose. J'en ai recueilli huit observations qui m'ont paru intéressantes à divers titres (5).

A l'étranger, il faut citer, outre les cas de Williams, Santi, Breda, auxquels il a déjà été fait allusion, ceux de Berliner (6) et de Barendt (7).

En outre la dyshidrose prend place à l'ordre du jour de plusieurs congrès ou sociétés étrangères :

Au congrès de Londres (1881), Rasori et Schwimmer

(1) Il Pomfolice (Robinson) ; osservazioni clinico-istologiche, *Rivista clinica e terapeutica*, octobre 1891, p. 547.

(2) Cf infra, observations 10 et 11.

(3) *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892, III, p. 817.

(4) Séance du 11 juin 1896. — Cf : *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1896, VII, p. 864 et sq.

(5) Cf infra observations 28 à 35.

(6) Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin, Band 246, page 157, 1895.

(7) A case of Cheiro-Pompholyx. Cf : *British journal of Dermatology*, octobre 1895, n° 10, p. 318-322.

s'étaient déjà occupés de la pathogénie de la dyshidrose, à propos de kystes sudoraux survenus à la suite de l'emploi longtemps prolongé de la pilocarpine (4).

Au congrès de Nüremberg (Séance du 14 septembre 1893), Behrend plaide l'identité de la dyshidrose et de l'eczéma ; Jessner et Lang lui répliquent (2).

A la Société de dermatologie de Londres, plusieurs observations sont rapportées par Pringle (3) (12 décembre 1894), Perry (4) (10 avril 1895), Penrose (5) (12 juin 1895).

A la réunion tenue le 1^{er} août 1895 par l'Association médicale anglaise, Edward Mackey lit un mémoire sur les rapports du Cheiro-Pompholyx et de l'eczéma ; une discussion s'en suit (6).

Enfin au Congrès allemand de Dermatologie, Jarisch présente, le 25 septembre 1895, un malade très intéressant et provoque aussi une discussion à laquelle prennent part Rosenthal, Touton, Justus, Pringle et Jadassohn (7).

Les principaux auteurs qui ont étudié notre affection dans leurs Traités de dermatologie seront cités et critiqués au cours de ce travail lorsqu'il en sera besoin. Il convient cependant de mentionner, en particulier, les pages si intéressantes consacrées à la dyshidrose par Unna dans son ré-

(1) Transactions of the seventh session of the international medical Congress, London, Kolckmann, 1881, tome III, page 146.

(2) Ueber Dysidrosis. Cf : Monatshefte für praktische Dermatologie, 1893, XVII, 2, p. 404 ; — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1894, V, 373.

(3) *British medical journal*, janvier 1895, n° 1, p. 26.

(4) *British medical journal*, mai 1895, n° 5, p. 157.

(5) *British medical journal*, juin 1895, n° 7, p. 214.

(6) Cheiro-Pompholyx in association with Eczema. — Cf : Dermatology at the meeting of the british medical Association, *British journal of Dermatology*, octobre 1895, n° 10, p. 335.

(7) Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1896, XXXIV, p. 124.

cent Traité de l'histologie pathologique des maladies de la peau (1).

Les cas dont il a été parlé plus haut ont trait à des dyshidroses presque exclusivement localisées aux mains ou aux pieds. Cependant, certaines éruptions, dyshidrotiques par leur forme mais anormales par leur siège, ont été décrites sous le nom de « dyshidroses de la face » par Jackson (1886), Rosenthal (1886), Thibierge (1889), Hallopeau (1892), Raynor (1892), Santi (1892), Jamieson (1893), Jarisch (1895). Pour certains, il s'agirait, non de dyshidrose authentique, mais d'hydrocystome, ainsi qu'ont essayé de l'établir, après Robinson, M. Léon Bassaget dans sa thèse (Paris, 1896) et M. Thibierge dans un mémoire publié en 1895 par les Annales de dermatologie. Un chapitre sera, dans la suite, tout entier consacré à cette question ; on y trouvera l'indication des travaux de tous les auteurs qui se sont occupés de cette dermatose.

On a vu que, depuis 1873, de nombreux auteurs se sont intéressés à la dyshidrose ; mais aucun accord n'a pu s'établir entre eux et, le plus souvent, ils émettent, au sujet de cette affection, les opinions les plus contradictoires.

Que l'on en juge par les quelques exemples qui suivent :

I. Pour les uns, la dyshidrose siège toujours dans l'appareil sudoripare, soit dans la glande elle-même, soit dans le canal excréteur ; — pour d'autres, la dyshidrose n'affecte jamais aucun rapport avec l'appareil sudoripare ; — pour d'autres encore, cette dermatose débute toujours en dehors de l'appareil sudoripare, mais elle finit par l'envahir consécutivement, soit d'une manière constante, soit rarement et par accident.

(1) Die Histopathologie der Hautkrankheiten, Berlin, Hirschwald, 1894, pages 182-186.

II. Les uns affirment que la vésicule dyshidrotique contient toujours de la sueur ; — non, répliquent d'autres, c'est du sérum ; — un troisième prétend que la vésicule ne contient ni sueur ni sérum, au moins au début de son évolution.

III. De même, les vésicules sont décrites ou comme des kystes sudoraux, — ou comme des exsudats séreux, — ou comme les produits d'une nécrose de colliquation qui siègerait dans les cellules épineuses.

IV. La dyshidrose résulte, suivant les auteurs, soit d'une inflammation de la grande sudoripare, — soit d'une obstruction mécanique qui empêche l'excrétion de la sueur, — soit d'une inflammation du réseau papillaire superficiel.

V. L'hyperhidrose, dit-on, se rencontre toujours dans la dyshidrose et constitue l'un des facteurs essentiels de cette affection ; — d'autres accordent que l'hyperhidrose est, en effet, constante, mais est seulement un phénomène concomitant, tout à fait distinct du processus pathologique ; — quelques-uns, enfin, prétendent que non seulement l'hyperhidrose est en dehors du processus dyshidrotique, mais qu'elle n'est même pas un syndrome constant ; l'anhidrose en effet, aurait été plusieurs fois observée.

VI. D'aucuns prétendent que la dyshidrose n'existe pas comme maladie *sui generis* ; — d'autres soutiennent, au contraire, qu'elle est une forme pathologique nettement individualisée et qu'elle est sous un autre nom, la même affection que le cheiro-pompholyx ; — il en est aussi, pour qui la dyshidrose et le cheiro-pompholyx sont deux maladies distinctes.

VII. D'après certains auteurs, la dyshidrose ne se transforme jamais en eczéma ; — au contraire, répliquent d'autres, cette transformation est fréquente ; — bien plus, ajoutent d'autres, la dyshidrose n'est qu'une modalité de l'eczéma.

VIII. La dyshidrose peut se localiser aux mains, aux pieds,

à la face, aussi bien que sur toutes les régions cutanées ; — jamais, oppose-t-on, elle ne se rencontre à la face.

Etc. etc.

Dans ces conditions, il m'a paru que la dyshidrose méritait qu'on l'étudiât à nouveau sous ces différents points de vue. Mon but a été de parvenir à discerner les quelques vérités qui pouvaient se trouver éparses dans cet amoncellement d'affirmations diverses et opposées.

A cet effet, j'ai pris soin de faire, au préalable, une enquête complète sur tout ce qui, à ma connaissance, a été publié sur la question, en France et à l'étranger. Puis, j'ai observé à l'hôpital Saint-Louis plusieurs cas de dyshidrose pendant l'été dernier. En outre, grâce au bon vouloir et à la complaisance de mon excellent ami M. Martinet, interne des hôpitaux, j'ai pu étudier au microscope l'histologie des lésions dyshidrotiques.

A la suite de ces lectures, de ces observations et de ces recherches, j'ai pu aboutir à un certain nombre de conclusions qui m'ont paru, les unes, tout à fait certaines, les autres, extrêmement probables, d'autres, enfin, plus hypothétiques, mais cependant encore très vraisemblables.

Ce sont ces conclusions que je m'efforcerai de mettre en lumière, en même temps que je ferai la critique des théories qui ne sont pas suffisamment fondées ou qui sont radicalement fausses.

En prenant connaissance des divers travaux publiés, il m'a paru qu'ils apportaient, à certains égards, plus de rigueur et de précision, qu'ils complétaient nos connaissances ou qu'ils faisaient entrevoir des points de vue nouveaux. J'ai donc mis à profit ces divers renseignements ; je les ai confrontés avec ceux que me fournissaient mes observations personnelles ; j'ai été, ainsi, amené à écrire une monographie complète de la dyshidrose.

Toutefois, le point central de cette étude est le chapitre consacré à l'anatomie pathologique. J'y rapporte dans une revue historique les divers examens publiés en France, en Angleterre, en Allemagne, en Italie, en Amérique. En cela, je crois avoir fait œuvre utile, car, même s'il n'admet ni mes conclusions ni les arguments que j'invoque dans mon examen critique, le lecteur qu'intéresserait l'étude de la dyshidrose aura, sous les yeux et fidèlement rapportées, toutes les pièces du débat. Il lui sera, ainsi, loisible de se faire à son tour une opinion personnelle sur la question.

Avant d'entrer en matière, je veux adresser l'expression de ma vive et profonde gratitude à M. le professeur Fournier, à M. le docteur Tenneson et à M. Martinet interne des hôpitaux.

M. le professeur Fournier m'a fait le grand honneur d'accepter la présidence de mon jury de thèse et c'est lui qui m'a initié à l'étude de la dermatologie et de la syphiligraphie. Je n'oublierai jamais avec quel bonheur j'assistais à ces leçons si intéressantes, si profitables, du mardi et du vendredi, dans lesquelles le professeur nous tenait sous le charme par son talent d'exposition, sa clarté, sa méthode, ses expressions si pittoresques et si imagées, son sens clinique si sûr et si précis.

M. le docteur Tenneson m'a, pendant ces derniers mois, manifesté une bienveillance toute particulière; il m'a permis d'étudier et d'examiner de près les malades de son service; il s'est intéressé à mon travail; il m'a donné de précieux conseils; c'est avec son appui moral que j'ai entrepris cette étude; c'est dans son laboratoire qu'ont été faites les recherches histologiques qui seront rapportés plus loin.

M. Martinet a été pour moi un ami sincère, un conseiller dévoué, souvent aussi un maître docilement écouté; il m'a plus d'une fois guidé et aidé dans le cours

de mes études médicales; il n'a épargné ni son temps ni sa peine pour me faire profiter de sa science et de son expérience déjà grandes; ce n'est jamais en vain que j'ai fait appel à ses services; enfin, c'est à lui que je dois de pouvoir publier un nouvel examen histologique des lésions dyshidrotiques. Je lui en adresse mes remerciements les plus vifs en même temps que l'assurance de mon inaltérable attachement.

Je prie M. Canuet, interne, et M. Deschamps, externe des hôpitaux, d'agréer tous mes remerciements pour la complaisance qu'ils m'ont témoignée; c'est grâce à eux que j'ai pu étudier plusieurs des cas dont l'observation est rapportée plus loin.

Enfin, comme je l'ai dit précédemment, j'ai tenu à lire et à analyser toutes les publications étrangères qui concernaient la dyshidrose et que j'ai pu me procurer. Dans l'accomplissement de cette tâche assez longue et parfois délicate, j'ai été aidé par mes deux excellents collègues, M. A. Becker et M. L. E. Petit, lesquels n'ont permis de mettre largement à contribution leur profonde connaissance de la langue allemande et de la langue anglaise. Toutes les fois que ma traduction m'a paru ou équivoque ou inexacte, j'ai eu recours à leurs lumières, et, chaque fois aussi, ils m'ont prêté le concours le plus empressé. Je leur adresse avec mes remerciements les plus cordiaux l'expression de ma vive et sincère gratitude.

CHAPITRE II

SYMPTOMATOLOGIE

1. ERUPTION DYSHIDROTIQUE TYPE : Prodromes ; éclosion de la vésicule ; début ; période d'état ; forme ; aspect ; couleur ; volume ; consistance ; rapports avec la peau ; absence d'inflammation ; indolence à la pression ; prurit ; nombre ; groupements ; absence de rougeur inflammatoire ; intervalles de peau saine ; symétrie ; bilatéralité ; contenu vésiculaire ; localisations ; période de régression ; desquamation ; poussées subintrantes ; durée ; bénignité.
2. VARIÉTÉS ET COMPLICATIONS : Coalescences spontanée, bulles ; — Gratage, irritation cutanée, rupture vésiculeuse, inflammations secondaires, pustules, « dyshidrose impétigineuse », symptômes locaux et généraux.
3. MODIFICATIONS dans la durée et l'intensité de la poussée vésiculeuse : — récidives, périodicité, chronicité ; — degré de fréquence.

La dyshidrose est constituée par de petites vésicules qui tantôt sont précédées de prodromes et tantôt s'installent d'emblée.

Ainsi, parfois, la veille, l'avant-veille ou les jours précédents, le malade a souffert d'un malaise général accompagné de faiblesse et de dépression ; il a éprouvé aux pieds ou aux mains, une sensation plus ou moins vive de tension, de chaleur, de cuisson ; il a été incommodé aussi de fourmillements et de démangeaisons aux endroits mêmes où devait siéger la future dyshidrose.

Souvent aussi cette dernière n'est précédée d'aucun symptôme prémonitoire ; elle peut s'installer en une nuit

et apparaître, au réveil, toute constituée, au grand étonnement du malade.

Lorsque la vésiculation ne s'effectue pas soudainement ou en un temps très court, on peut suivre les différentes phases du processus.

Tout d'abord, c'est un semis de petites ponctuations, claires, blanchâtres, visibles par transparence à travers l'épiderme. Puis, ces ponctuations s'accroissent en largeur et deviennent de petites taches ; mais la surface cutanée n'a pas encore cessé de donner au toucher la sensation normale. Bientôt, toutefois, l'épiderme se soulève et des saillies apparaissent ; alors, peu à peu, les proéminences s'accroissent ; elles deviennent de plus en plus acuminées, leur relief est ferme et résistant : la vésicule élémentaire est constituée.

Au stade adulte, cette vésicule présente la forme ovale ou sphérique ; elle ressemble à une perle dure, blanche, brillante et transparente. T. Fox a comparé cet aspect à celui qu'offriraient des *grains de sagou* cuits et incrustés dans la peau. Cette comparaison est demeurée classique. D'autres auteurs ont préféré celles de grains de semoule ou de grains de tapioca cuits.

Ces vésicules peuvent se montrer sous un volume variable ; elles égalent, le plus souvent, celui d'une petite ou d'une grosse tête d'épingle, celui d'un grain de millet ou de chènevis, celui d'un grain de plomb de chasse et même d'une lentille. Parfois elles atteignent le volume d'un petit pois, mais elles le dépassent rarement, au moins dans les cas les plus habituels.

Elles font corps avec la peau, laquelle n'est pas mobile par dessus ; la cuticule qui les recouvre est épaisse, rugueuse, râpeuse et craquelée.

Elles sont indolentes à la pression, mais très prurigineuses, surtout le soir et le matin, au coucher et au lever.

Le prurit peut même survenir par accès pendant la nuit et réveiller le malade, parfois toutes les deux heures ou toutes les heures. Dans certains cas les démangeaisons diminuent ou même cessent tout à fait dès que les vésicules ont atteint leur acmé.

Leur nombre est illimité ; elles peuvent se réduire à quelques unités ou bien exister par centaines. Tantôt elles sont isolées, éparses, disséminées ça et là, avec ou sans ordre. Tantôt elles sont très nombreuses, s'agglomèrent, se pressent les unes contre les autres, s'accumulent en masses serrées ; elles forment des îlots nettement localisés, dans lesquels les éléments ne laissent souvent entre eux aucun intervalle de peau saine, bien qu'ils restent, d'ordinaire, tout à fait distincts les uns des autres.

Elles ne présentent sur leur pourtour aucune aréole inflammatoire et, dans les espaces intervésiculaires, la peau reste tout à fait normale.

Elles sont bilatérales et symétriques. Elles siègent le plus ordinairement aux mains, sur les parties latérales des doigts, dans le fond des espaces interdigitaux, à la face palmaire des mains et des doigts, aux éminences thénar et hypothénar ; plus rarement, on les rencontre à la face dorsale.

La localisation aux pieds (1), sans être exceptionnelle, comme on l'a prétendu, est cependant moins fréquente qu'à la main ; on rencontre aussi cette affection plus souvent à la face plantaire qu'à la face dorsale du pied.

(1) On se rappelle que Hutchinson avait donné à cette dermatose le nom de *Cheiro-pompholyx* croyant qu'elle se rencontrait uniquement aux mains. Or, Ogston, en 1874, a cité un cas où seuls les pieds étaient envahis. De même, en 1877, Robinson a rapporté l'observation d'un malade chez lequel l'affection avait occupé à la fois les mains et les pieds. Il reconnut alors que la dénomination proposée par son maître était trop étroite et trop exclusive ; il substitua donc à « *Cheiro-pompholyx* » le terme « *Pompholyx* ».

Une poussée peut occuper soit seulement les mains, soit seulement les pieds, soit à la fois les mains et les pieds.

En général, l'éruption ne remonte pas au-delà des articulations radio-carpiennes et tibio-tarsiennes, cependant, on l'a rencontrée aussi, quoique bien rarement, au poignet et à l'avant-bras, autour des malléoles et à la jambe, à la région sternale, au cou, à la face (1) ; Barendt (2) prétend l'avoir rencontrée à l'anus et au prépuce ; T. Fox soutient qu'elle peut s'étendre à toute la surface cutanée. Mais ce ne sont jamais là que des exceptions ; les pieds et surtout les mains demeurent les véritables lieux d'élection de la dyshidrose.

Les vésicules ne manifestent aucune tendance à se rompre spontanément. Si avec la pointe d'un bistouri ou avec une aiguille à scarifications, l'on essaie de percer l'un de ces éléments, on éprouve d'abord une certaine résistance, car l'épiderme qui le recouvre est épais. Lorsque ce dernier a été traversé par l'instrument, la vésicule s'affaisse et, en même temps, l'on voit s'échapper en fines gouttelettes incolores une petite quantité de liquide clair, limpide et transparent ; ce liquide n'est ni filant, ni gommeux, il ne tache pas le linge.

Au bout de quatre, six ou huit jours, les vésicules arrivent à leur apogée ; puis, sans se rompre, elles entrent spontanément et rapidement en voie de régression. Elles s'affaissent peu à peu et laissent après elles une légère desquamation furfuracée. L'épiderme qui a servi de toit à la vésicule s'exfolie sous forme de minces rondelles ; les vésicules qui ont évolué isolément sont entourés d'une collerette régulièrement cerclée ; celles qui se sont agglomérées of-

(1) Le Chapitre V sera tout entier consacré au dyshidroses de la face.

(2) Cf. infra obs. n° 25.

frent une collerette plus large et irrégulièrement festonnée.

La desquamation, une fois disparue, laisse à sa place de petites surfaces sèches, luisantes, foncées, qui restent quelque temps encore rouges et sensibles ; puis les plis cutanés se reforment et la peau ne tarde pas à reprendre ses caractères normaux, sans que la dermatose ait laissé, au moins en apparence, aucune trace de son passage,

Le plus souvent, l'éruption dyshidrotique est constituée par plusieurs poussées subintrantes : une nouvelle poussée s'installe avant que la précédente ait achevé son évolution. Ainsi chez un même sujet et sur la même région, on peut observer à la fois des punctuations blanchâtres non encore saillantes, des vésicules à la période de progression, d'acmé ou de régression, des lamelles desquamantes, etc.

Néanmoins, la dyshidrose présente une remarquable bénignité ; elle guérit spontanément en une dizaine de jours, sans aucune intervention thérapeutique ; elle ne paraît pas exercer d'influence sur l'état général et, normalement elle ne provoque aucune réaction inflammatoire.

Mais cette dermatose ne ressemble pas toujours exactement à la description typique qui vient d'en être donnée. Elle offre des modalités diverses et elle présente parfois des complications qu'il convient de signaler.

Lorsque les vésicules élémentaires se rassemblent en groupes serrés, elles restent d'ordinaire distinctes les unes des autres. Mais quand la poussée devient trop intense, ces vésicules empiètent sur leurs voisines ; il semble alors que les cloisons intervésiculaires, pressées dans des sens opposés, s'amincissent, s'aplatissent et finissent par se rompre.

En tous cas, ce qui est manifeste, c'est que plusieurs vésicules deviennent confluentes et se résolvent en une bulle unique. Cette bulle peut quelquefois résulter de la coalescence de toutes les vésicules agglomérées en ilot ; elle s'étale en largeur, plutôt qu'elle ne proémine ; ses contours

sont irréguliers. Non seulement alors son volume égale celui d'un pois, d'une fève, d'un haricot, d'une noisette, mais il atteint et dépasse parfois celui d'un œuf de pigeon, de poule et même de dinde. Un moulage que l'on pourra voir au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, au n° 4257, représente une dyshidrose du pied caractérisée par l'existence de deux énormes bulles, plus grosses qu'un œuf de dinde, siégeant l'une sur la moitié antérieure, l'autre sur la moitié postérieure de la plante, avec expansion vers le bord interne du pied. Même quand elles sont très volumineuses, ces bulles conservent toujours leur tendance à la guérison spontanée.

Sous l'action du liquide que contient la bulle, l'épiderme qui la recouvre se macère ; il se ride ; il est comme « échaudé », « chamoisé » ; il ressemble à du parchemin mouillé ; il perd sa transparence, devient louche, opaque, revêt même souvent une coloration jaunâtre, mélicérique ; puis la bulle ne tarde pas à s'affaisser ; elle se dessèche et desquame.

La desquamation laisse après elle des surfaces irrégulièrement circulaires, festonnées ou étoilées, lisses, vernissées, beaucoup plus rouges et plus sensibles que dans les poussées dyshidrotiques ordinaires ; ces taches, d'un rouge sombre, sont complètement sèches ; elles ne suintent pas et ne sont jamais suivies de croûtes ; elles passent vite à la teinte brunâtre et ne tardent pas à disparaître.

Le volume de ces bulles peut s'expliquer par la grande intensité de l'éruption ou par les caractères spéciaux de l'épiderme qui, suivant les régions, offre plus ou moins d'épaisseur et plus ou moins de résistance.

La vésicule dyshidrotique, avons-nous dit, est très prurigineuse et souvent le malade se gratte avec violence, sans en éprouver, d'ailleurs, aucun soulagement.

Le grattage exaspère la poussée et amène très promptement la vésicule à sa période d'acmé. Il peut produire en outre une inflammation réactionnelle qui se manifeste par

l'existence d'un halo rouge très étroit situé tout autour de la vésicule. En outre, dans les espaces intervésiculaires, il fait apparaître aussi parfois, une certaine rougeur irritative.

Il y a plus. Le grattage peut provoquer la rupture des vésicules. Si celles-ci sont jeunes et ne contiennent guère encore de liquide, elles s'affaissent et s'ombiliquent ; elles présentent alors un point central, sombre, foncée, brunâtre, circonscrit par un rebord épidermique blanchâtre dont la loupe seule peut révéler le léger relief. Si, d'autre part, la vésicule était déjà gonflée de liquide lorsque le grattage est venu la rompre, elle donne lieu à une surface excoriée qui cesse bien vite de suinter, qui se dessèche, qui devient rouge et sensible à la pression.

Le grattage présente donc de nombreux inconvénients ; il irrite et aggrave la dermatose ; il en modifie l'aspect clinique et expose à des erreurs de diagnostic ; il risque en outre d'ouvrir la porte à l'infection secondaire. Celle-ci se manifeste par des pustules. Certains auteurs oubliant que le liquide dyshidrotique, en dehors d'une infection surajoutée, ne passe jamais spontanément à la purulence, ont cru, bien à tort, pouvoir invoquer l'existence de ces pustules pour créer une variété spéciale, qu'ils ont appelée « dyshidrose impétigineuse ».

Lorsque les lésions dyshidrotiques ont été envahies par les germes pathogènes, on observe des phénomènes tout à fait différents de ceux que l'on rencontre d'ordinaire dans la dyshidrose normale. Ainsi, l'on constate de la rougeur, du gonflement, de la tuméfaction, de l'œdème diffus, avec ou sans bourrelets saillants au niveau des articulations digitales ; les mains et les doigts sont raides et douloureux ; le malade éprouve une impotence fonctionnelle presque complète. Parfois l'on voit apparaître des symptômes généraux : malaise, frissons, accroissement de température,

accès de fièvre avec herpès labial, diminution de l'appétit, etc.

Il est important de signaler que, lorsqu'un individu a présenté une éruption de dyshidrose, il est très exposé à en voir surgir de nouvelles dans l'avenir. Les exemples de ce fait abondent dans les observations.

Chez certains, la dyshidrose s'est montrée pour la première fois, il y a deux, trois, quatre, cinq, dix, douze, quinze, vingt-cinq et même trente ans. En outre, soit tous les deux ans, soit tous les ans, soit plusieurs fois par an, soit tous les deux mois et même tous les mois, la dyshidrose réapparaît plus ou moins périodiquement. Dans ces conditions, il semble qu'elle réponde à une maladie chronique, sans symptôme cutané apparent dans les intervalles de rémission, mais avec des poussées vésiculeuses plus ou moins intenses et durables au moment des exacerbations. En tous cas, il semble manifeste que la récurrence est non pas l'exception, mais la règle.

L'éruption dyshidrotique peut apparaître avec une intensité variable. Pour MM. Fournier et Besnier, les desquamations palmaires des arthritiques en sont une forme fruste, abortive et larvée (1). Parfois, il se trouve que les poussées avortent et ne deviennent pas saillantes, elles restent quelque temps à l'état de ponctuations ou de taches blanchâtres et disparaissent rapidement, par contre, M. Barthélemy a cité un cas où, dit-il, la dyshidrose était effrayante par l'intensité de ses manifestations (2).

L'éruption vésiculeuse peut aussi durer plus longtemps qu'à l'ordinaire. Alors, les poussées subintrantes se multiplient, si bien qu'une même attaque de dyshidrose évolue

(1) D'après le témoignage de L. Bonnet ; Cf. thèse de Paris, (1889), page 31.

(2) Cf. infra, observation n° 14.

non plus en un ou deux, mais en trois ou quatre septénaires, même en plusieurs mois. Il convient de citer tout particulièrement, à ce propos, le malade de l'observation . Une poussée s'est installée chez lui au mois d'avril ; au mois de juin, il est encore porteur de la même dermatose ; j'observe ce malade jusqu'au mois d'août et je le perds de vue pendant les vacances ; or, ces jours derniers, j'ai constaté, à mon grand étonnement, qu'il présentait encore des vésicules tout à fait semblables à celles que j'avais observées chez lui auparavant ; sa poussée durait ainsi depuis huit mois.

Il est à remarquer que la durée de chaque poussée est d'autant plus grande que les récidives sont déjà apparues plus nombreuses. L'intensité ne varie guère avec l'âge de la dermatose ; par contre, les localisations suivent une progression croissante. Ainsi, d'abord la dyshidrose a, par exemple, occupé le bout des doigts, puis elle a empiété sur la paume de la main, ensuite la paume de la main a été entièrement envahie. Chez un autre, cette affection est apparue d'abord aux mains, la seconde fois aux pieds, et plus tard, à la fois aux mains et aux pieds.

Pour terminer, disons un mot de la fréquence de cette dermatose. Elle n'est pas en somme très commune, que l'on en juge par la statistique de Crocker : celui-ci a rencontré 11 dyshidrotiques sur 10,000 malades qu'il a soignés à l'hôpital ; il en a rencontré 3 sur 2,000 dans sa clientèle privée (1).

(1) RADCLIFFE CROCKER, diseases of the skin, nouv. édit.-p. 889.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

A. — EXAMEN CRITIQUE DE QUELQUES OPINIONS SOUTENUES PAR DIVERS AUTEURS : — Hystérie, — déchéance organique, — hyperhidrose, — sexe, âge, puberté, ménopause, fonction génitale, époques menstruelles, — professions.

B. — EXPOSÉ SYSTÉMATIQUE DE L'ÉTIOLOGIE DE LA DYSHIDROSE :

I. TERRAIN PROPICE : diathèse neuro-arthritique.

Manifestations disthésiques le plus communément observées chez les dyshidrotiques :

État mental, — excitabilité, — fourmillements, — vertiges, céphalalgie. etc. — engelures, — cryesthésie, — affections trophonévrotiques de la peau, des annexes de la peau (cheveux, ongles, fonction sudorale), du tissu cellulaire sous-cutané, — dermatophisme.

II. — CAUSES ADJUVANTES QUI AGGROISSENT LA PRÉDISPOSITION DIATHÉSIQUE.

Déchéance organique, — maladies infectieuses, — intoxications chroniques.

III. CAUSES DÉTERMINANTES OU PROVOCATRICES :

Brusque fatigue physique. — violentes émotions morales, — auto-intoxications aiguës, — irritations extérieures (mécanique, caloriques, chimiques).

IV. CAUSES QUI ENTRETIENNENT ET EXASPÈRENT LA DYSHIDROSE, OU QUI LA FONT RÉCIDIVER :

Réapparition, persistance et chronicité des diverses causes précédentes.

Je me propose de donner dans ce chapitre un exposé systématique des conditions cliniques au milieu desquelles la dyshidrose apparaît, s'accroît, évolue, s'entretient et s'exas-

père, s'atténue et disparaît, récidive ou passe à l'état chronique. Mais, auparavant, il importe d'examiner un certain nombre d'opinions émises par différents auteurs ; outre qu'elles présentent un certain intérêt historique, elles ont besoin, pour la plupart, d'être réformées parce qu'elles ne concordent plus exactement avec les faits observés.

Tout d'abord, pour Hutchinson, Bromhead, d'autres encore, les malades atteints de dyshidrose sont la plupart du temps des *hystériques* ; en tous cas, ils présentent toujours des stigmates nerveux très accusés.

En effet, une malade dont parle Hutchinson a manifesté à l'âge de vingt ans divers phénomènes que l'on a considérés comme étant de nature hystérique ; le malade de Bromhead était en traitement pour une affection spinale ; dans un autre cas, rapporté par L. Bonnet, il s'agissait d'une femme qui éprouvait la sensation de boule remontante, qui avait eu plusieurs attaques de nerfs et qui, dans sa jeunesse, était restée plusieurs jours plongée dans une sorte de léthargie.

Or, ce sont à peu près les seuls cas publiés où l'on puisse relever des manifestations saillantes de quelque tare nerveuse nettement caractérisée. Par contre, l'on pourrait aisément citer de nombreux cas de dyshidrose dans lesquels les troubles nerveux étaient ou absents ou fort atténués.

Sans doute, les nerveux, les neurasthéniques sont plus particulièrement prédisposés à la dyshidrose ; mais, dans la grande majorité des cas, les symptômes nerveux sont beaucoup moins accentués qu'on ne l'a prétendu ; ce ne sont, la plupart du temps, que des troubles en rapport avec la diathèse neuro-arthritique, comme nous le verrons plus loin.

Certains auteurs prétendent en outre que les malades

atteints de dyshidrose sont toujours débilités et amaigris, anémiques et déprimés ; ainsi, T. Fox affirme n'avoir jamais rencontré d'éruption dyshidrotique chez un sujet bien portant.

Or, un certain nombre de faits contredisent cette opinion. Thin, le premier, publie en 1877 l'observation de deux cas de dyshidrose survenus chez des hommes jeunes, vigoureux, jouissant d'une excellente santé. En outre, dans 17 observations, au moins, rapportées en France ou à l'étranger, on retrouve à peu près invariablement des formules comme celles-ci : « apparence saine et vigoureuse ; — bonne constitution ; — n'a jamais été malade ; — a toujours joui d'une bonne santé ; — se porte habituellement bien ; — apparences d'une santé parfaite ; — la santé ne laisse rien à désirer, etc. ».

Sans doute, il n'est pas rare de rencontrer des dyshidrotiques chez lesquels la *déchéance organique* est manifeste : mais cette dernière ne constitue pas une condition nécessaire, indispensable ; quand elle existe, elle agit seulement à titre de cause prédisposante ; souvent elle est absente. Ainsi la dyshidrose peut être provoquée par d'autres causes chez un individu dont la santé générale est très satisfaisante (1).

Pour la presque universalité des dermatologistes, la dyshidrose ne saurait exister sans *hyperhidrose*. Ce dernier facteur, s'il ne fait pas essentiellement partie du processus morbide, est, du moins, un des symptômes concomitants, dont la présence ne fait jamais défaut chez les individus porteurs d'une éruption dyshidrotique.

(1) Il convient cependant de remarquer que les malades atteints de dyshidrose ne présentent jamais d'embonpoint ; c'est le contraire qui a lieu dans l'hydrocystome, dont nous parlerons plus loin.

Il est, en effet, très vrai de dire que, dans un nombre considérable de cas, on observe une transpiration immodérée, des sueurs abondantes et profuses qui ruissellent sur la surface cutanée et qui « trempent » les vêtements. Mais il est faux de prétendre que les hyperhidrotiques seuls sont susceptibles de devenir des dyshidrotiques ; en effet, dans 7 cas de dyshidrose, dont deux se rapportent à des malades que j'ai observés moi-même, la transpiration était ou très difficile ou très rare, presque toujours inappréciable ; il y avait donc anhidrose manifeste et constante.

La dyshidrose, soutient Hutchinson, est plus fréquente chez les sujets *jeunes, célibataires*, appartenant au sexe *féminin* ; Bonnet prétend aussi que, dans la grande majorité des cas, la dyshidrose s'observe chez des femmes ; on ne l'a jamais rencontrée, affirment d'autres, ni chez les enfants, ni chez les personnes âgées, ni avant la puberté, ni après la ménopause ; Crocker l'a observée chez un enfant de 12 ans, et il considère ce fait comme une rareté.

Examinons ces divers points de vue.

Tout d'abord, en passant en revue les cas qui ont été publiés, on constate que l'éruption dyshidrotique a été observée chez une petite fille de 10 ans (Owen), chez une autre de 7 ans 1/2 (Perry) et chez un petit garçon de 7 ans (Penrose). Par conséquent, l'âge minimum, observé jusqu'à présent est 7 ans ; ce chiffre est inférieur à celui qu'avait donné Crocker. En outre, il paraît bien vraisemblable que ces derniers cas sont survenus avant que la puberté se fût installée. D'autre part, ainsi qu'en font foi deux observations authentiques, la dyshidrose s'est installée une fois en même temps que la ménopause et une autre fois, quelques années après l'apparition de cette dernière. Quant à l'âge maximum que l'on a pu observer, il est de 53 ans.

Pour ce qui est de l'âge moyen et de la prédominance du

sexe, voici des documents qui permettent de tirer des conclusions.

J'ai pu recueillir dans les diverses publications 57 cas où l'on mentionnait le sexe du malade ; en comptant mes 8 cas, cela fait au total 65. Ils se décomposent ainsi qu'il suit : 29 hommes et 36 femmes, soit, environ 45 pour 100 chez les premiers et 55 pour 100 chez les secondes. Il y a donc manifestement une plus grande fréquence dans le sexe féminin, mais le sexe masculin figure aussi pour une proportion assez élevée, beaucoup plus élevée, en somme, que certains auteurs ne l'ont prétendu.

En outre, 22 fois chez les hommes et 27 fois chez les femmes, il a été fait mention des âges ; je les reproduis à titre de documents :

Sexe masculin : 7, 10, 14, 14, 16, 18, 23, 23, 25, 26, 27, 27, 29, 31, 34, 40, 43, 45, 45, 48, 53.

Sexe féminin : 7 1/2, 10, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 18, 18, 20, 23, 25, 27, 28, 32, 35, 36, 36, 37, 41, 42, 43, 45, 50, 51.

Par conséquent, 7 ans et 53 ans sont, jusqu'alors, les deux âges extrêmes. Entre ces deux limites, il ne paraît pas y avoir de prédominance spéciale pour une période déterminée de la vie : la seconde enfance et l'adolescence y figurent aussi bien que la virilité ou la maturité.

Quant à la moyenne de l'âge des dyshidrotiques, les chiffres précédents donnent 28 ans, aussi bien pour les hommes que pour les femmes.

Reste cette dernière question : les dyshidrotiques sont-ils de préférence célibataires ?

A vrai dire, les observations sont, la plupart du temps, muettes sur ce point. D'ailleurs, quand même elles seraient plus explicites, elles n'apporteraient que peu de lumière ; en effet, tel malade étiqueté « célibataire » vivait en concubinage et avait plusieurs enfants ; tel autre dont

la pancarte porte la mention « marié » n'avait que des rapports conjugaux très espacés.

Le médecin doit comprendre sous ce vocable « célibataire », autre chose que la non-existence d'une union reconnue par la loi. En fait, et physiologiquement, célibat n'est pas synonyme de continence, pas plus d'ailleurs que le mariage n'implique l'exaltation de la fonction génésique ; très souvent, en effet, ce sont les célibataires qui à ce point de vue, sont soumis à un surmenage très intense.

Donc, il ne suffit pas de constater simplement chez nos malades soit le célibat, soit le mariage, comme l'a fait Hutchinson ; c'est sur l'accomplissement de la fonction génitale qu'il faut faire porter l'enquête. Or j'ai interrogé à ce sujet les dyshidrotiques que j'ai pu observer et ils m'ont avoué une diminution manifeste dans la fréquence et dans l'intensité de leurs désirs sexuels. Ce n'est certes pas de l'anaphrodisie proprement dite, c'est plutôt de l'« hypoa-phrodisie ».

D'autre part, chez les femmes, il n'est pas rare de constater que la poussée dyshidrotique est directement sous la dépendance du flux cataménial. Ainsi, à chaque *époque menstruelle*, la dyshidrose palmaire peut se généraliser à la plante des pieds ; ou bien l'éruption vésiculeuse reste limitée à sa localisation initiale, mais subit une recrudescence ; chez une malade atteinte de dyshidrose depuis onze ans, l'apparition de la dermatose avait coïncidé avec l'établissement de la menstruation, à 12 ans ; chez une autre qui présente depuis deux ans une dyshidrose chronique, chaque poussée vésiculeuse survient au moment des règles ; chez une autre encore, une époque coïncide avec l'exacerbation des symptômes, et l'époque suivante avec leur atténuation.

Enfin, l'on a prétendu que la dyshidrose s'observait de

préférence chez les cuisinières, les blanchisseuses, etc. ; et, pour confirmer cette opinion, l'on a invoqué plus particulièrement des dyshidroses de la face. Or, tout récemment, il a été contesté que ces cas fussent des dyshidroses véritables. Avant même que nous ayons pu résoudre cette dernière question, il importe que nous éliminions prudemment de nos statistiques les observations incriminées. Cela dit, voici quelles sont les différentes *professions* que j'ai relevées dans 28 observations qui mentionnent ce facteur :

Cuisinier 1, cuisinière 1, servante 1, brunisseuse 1, repasseuses 2, garçon de restaurant 1 ;

Graveur 1, ajusteur-mécanicien 1, accrocheur au chemin de fer 1, polisseur 1, polisseur de granit 1, maçon 1 ;

Couturière 1, tailleur d'habits 1, gilette, 1 modistes 2 ;

Cocher 1, palefrenier 1, laboureur 1, marchand de bestiaux, 1 garçon boucher 1 ;

Comptable 1, religieuse 1, professeur 1, médecins 2.

Cette diversité nous amène à conclure que la dyshidrose ne manifeste aucune prédilection pour une profession particulière. Peut-être, cependant, la plupart de ces diverses professions présentent-elles ce caractère commun, à savoir qu'elles produisent une irritation externe soit mécanique, soit calorique, soit chimique. Mais ce point sera élucidé dans la seconde partie de ce chapitre.

*
* *

Il convient maintenant d'entreprendre l'exposé systématique de l'étiologie, telle qu'elle ressort des nombreuses observations dont il a été parlé plus haut.

D'une manière générale, on peut dire que le processus dyshidrotique se manifeste chez des individus qui présentent un terrain propice, une tare diathésique bien déterminée ; — en outre, certaines causes adjuvantes, additionnelles,

surviennent d'ordinaire pour accroître encore la prédisposition diathésique ; — il suffit alors très souvent que certaines causes déterminantes entrent en scène pour que survienne l'éclosion de la dyshidrose ; — enfin, lorsque celle-ci s'est installée, certaines conditions peuvent l'entretenir, l'exaspérer ou la faire récidiver. Ces quatre points de vue vont être examinés successivement.

I

On ne connaît rien de bien précis, au sujet de la filiation héréditaire des dyshidrotiques ; les observations ne fournissent, à ce sujet, que des renseignements fort incomplets. Toutefois, sur 12 cas où une tare héréditaire a été recherchée et constatée, on a trouvé dans la ligne directe ou dans la ligne collatérale, la folie, l'idiotie, l'alcoolisme et l'asthme, chacun une fois, — la tuberculose, deux fois, — le nervosisme trois fois, le rhumatisme, également trois fois.

Cette statistique porte sur un trop petit nombre d'observations pour qu'il soit possible d'en tirer des conclusions certaines ; c'est donc en examinant de près le malade lui-même que l'on parviendra à déterminer quel est son tempérament propre.

Or, à ce point de vue, il paraît manifeste que le *neuro-arthritis* est la caractéristique constante des malades atteints de dyshidrose ; le neuro-arthritis constitue, pour cette maladie, un terrain tout à fait propice et, pour ainsi dire, indispensable. Sans doute, les manifestations de cette diathèse sont plus ou moins nombreuses et plus ou moins accentuées suivant les sujets. Mais, parmi ces derniers, on ne saurait peut-être en trouver aucun chez lequel il ne fût

possible de déceler quelques-unes des manifestations que nous allons passer en revue (1).

Accordons que parfois le nervosisme se rencontre de préférence chez les femmes et l'arthritisme plus volontiers chez les hommes ; mais il serait faux de prétendre que le sexe marque, en cela, une prédisposition exclusive ; le plus souvent, le nervosisme et l'arthritisme coexistent chez le même individu ; leurs symptômes se mêlent et se superposent.

Tout d'abord, bon nombre de dyshidrotiques présentent à des degrés divers ; un *état mental* particulier. Ils sont très impressionnables, pleurent facilement et se désolent sans motif sérieux ; ils sont brusques, coléreux, irascibles ; un rien les agace et les énerve ; ils s'impatientent vite, se querellent pour des futilités et s'emportent très violemment ; ils sont très rancuniers et se rendent insupportables à ceux qui les approchent ; ils sont exclusifs dans leurs affections comme dans leurs antipathies ; ils manifestent pour tels de leur entourage tantôt une aversion, tantôt un enthousiasme irréfléchi et très tenaces ; ils ont un caractère bizarre, fantasque, mais surtout mobile et changeant ; souvent ils rient sans motif et s'abandonnent à des explosions de gaieté inattendues et passagères ; à cette gaieté succède brusquement un accès de tristesse et d'hypocondrie ; parfois ils bavardent à l'excès, plaisantent à propos de tout, se laissent aller à des exubérances de langage sur des sujets insignifiants, puis, tout d'un coup ils devien-

(1) Sans doute, quelques auteurs n'ont pas envisagé ce côté de la question, et leurs observations ne sauraient nous fournir aucun renseignement sur ce sujet. Mais ce que je vais exposer est vrai sans restriction, au moins pour tous les cas que j'ai observés personnellement ; mes vues sont d'ailleurs confirmées par le plus grand nombre des observations publiées.

nent moroses, renfermés, taciturnes et se cantonnent dans un mutisme obstiné.

Certains d'entre eux manifestent une grande *nervosité* ; ils sont très agités, puis, le soir, une fois couchés, ils ne peuvent s'endormir qu'avec peine et après une longue attente (1).

Il n'est pas rare de rencontrer chez ces malades des *fourmillements* dans les jambes et dans les mains, des *vertiges*, des *éblouissements*, des *migraines*, des *névralgies*, de la *céphalalgie* ; ils manifestent également une prédisposition toute spéciale aux *engelures*.

Un phénomène assez commun chez eux est la *cryesthésie* relative des extrémités ; certains ont toujours froid aux pieds ou aux mains ; ils ne peuvent se réchauffer ; ils sont « gelés », disent-ils. Thin rapporte le cas d'un malade qui, même en été, frissonnait toutes les fois qu'un courant d'air lui arrivait sur les mains.

Quant à la *peau* proprement dite, elle est chez ces malades, tout particulièrement sensible aux médicaments. En outre, chez bon nombre d'entre eux la surface cutanée n'est pas restée indemne de toute lésion.

Certains ont déjà eu, pendant les deux, trois... et même dix années qui ont procédé leur dyshidrose, quelques poussées eczémateuses disséminées sur les diverses régions du corps ; d'autres, assez nombreux, ont eu ou ont encore de l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu (2).

(1) Chez un des malades observés, on a constaté une *hyperesthésie* cutanée telle qu'il ne pouvait conserver longtemps la même position ; un autre avait aussi de l'*hyperesthésie* cutanée principalement localisée à l'éminence hypothénar ; un autre encore présentait un peu d'*anesthésie*, car il ne sentait au bras les piqûres d'épingle que si on les lui faisait assez profondément ; chez un autre, enfin, on a pu constater une *hémianesthésie* de la langue.

(2) Cette dermatose s'appelle aussi suivant les auteurs, eczéma *pitiriasique* ou *séborrhée sèche* du cuir chevelu.

Il n'est pas rare de rencontrer une éruption dyshidrotique chez un individu qui présente, depuis un ou deux mois, des placards disséminés d'eczéma encore en pleine évolution.

Quelquefois le malade est seulement en puissance d'eczéma, et, en même temps qu'apparaît la poussée de dyshidrose, on voit évoluer concurremment des placards eczémateux, tantôt localisés au mains ou aux pieds, tantôt généralisés à toute la surface cutanée.

Parfois aussi, la dyshidrose s'installe seule ; puis, à la suite d'une médication intempestive, l'eczéma vient se surajouter, soit au siège même de la première dermatose, soit sur une autre région.

Or, l'eczéma et la séborrhée sèche du cuir chevelu ne sont pas les seules affections cutanées qui puissent, sur un même sujet, coexister avec la dyshidrose. C'est ainsi que cette dernière est parfois aussi contemporaine des affections suivantes : lichen, pemphigus, érythème polymorphe, leucodermie, mélanodermie, ichtyose, etc.

Il y a plus ; l'intensité du lichen chez les uns, ou de l'eczéma, chez les autres, est souvent conditionnée par le développement même de la poussée dyshidrotique ; dans quelques cas, en effet, celle-ci, présente des alternatives d'exacerbation et de rémission auxquelles correspondent des rémissions et des exacerbations de la dermatose concomitante. Ainsi, à une atténuation de la poussée dyshidrotique succède immédiatement une exaspération du lichen ou de l'eczéma ; et, de même, une exacerbation de la dyshidrose éteint, pour un moment, l'une ou l'autre de ces deux affections. Cette alternance est susceptible de se manifester régulièrement pendant un temps assez long (1).

(1) Cf. infra, observation n° 18 ; ce malade présente de la *dyshidrose* aux mains, du *lichen* aux aines et aux aisselles, de l'*eczéma* sur la poitrine, les bras et la face interne des cuisses.

Le système pileux, les ongles et la fonction sudorale, sont en général, fortement modifiés.

Ainsi, chez de nombreux malades, les *cheveux* tombent abondamment et font présager une calvitie précoce ; chez d'autres, l'alopécie est déjà très manifeste, surtout dans la région fronto-médio-pariétale.

Les *ongles* ont souvent un aspect anormal ; ils sont épaissis, bosselés, mamelonnés, écailleux, durs et cassants ; ils se laissent très difficilement couper et souvent l'on doit, pour cela, les ramollir au préalable par un bain local ; d'autres fois, ils sont bombés, incurvés, comme enroulés autour de la phalange terminale ; ils présentent des stries longitudinales parallèles, très rapprochées les unes des autres, et d'autres stries transversales, perpendiculaires aux précédentes ; parfois il existe en outre des sillons transversaux très profonds, au nombre de deux, trois et même quatre pour chaque ongle ; ils sont bordés d'élévures très rugueuses, nettement appréciables à la vue et au toucher. Tantôt les ongles cessent d'être solidement fixés ; ils vacillent aisément et sont douloureux. Une fois, on a constaté leur chute spontanée.

La *fonction sudorale* est toujours troublée, le plus souvent par excès, quelquefois aussi par défaut. Ce trouble n'est pas le même, quelle que soit la région que l'on observe. Parfois, en effet, l'hyperhidrose est généralisée à toute la surface cutanée ; le plus souvent, elle se localise à la région où siège la dyshidrose. Cette hyperhidrose, considérée chez tel malade, ou bien a toujours existé, ou bien s'est installée seulement depuis quelques années, ou bien n'est apparue que lors de la poussée dyshidrotique. Dès que celle-ci a terminé son évolution, il peut arriver que l'hidrose redevienne normale ; le plus souvent l'hyperhidrose persiste.

Tout ce que l'on vient de dire au sujet de l'hyperhidrose

s'applique également à l'anhidrose qui tantôt est localisée et tantôt généralisée, etc.

Enfin, suivant les régions que l'on considère, il n'est pas rare de rencontrer l'hyperhidrose et l'anhidrose associées chez un même individu.

En tous cas, ce qu'il importe de bien établir, c'est le trouble, pour ainsi dire, constant de la fonction sudorale.

Le *tissu cellulaire sous-cutané* présente aussi des troubles trophonévrotiques. Ainsi, l'on peut relever, comme chez la malade de l'observation 32, un œdème dur, qui ne se laisse pas déprimer par le doigt, qui se localise aux membres inférieurs, qui disparaît vite et revient par accès ; cet œdème s'accompagne de raideurs dans les jambes, de fourmillements, d'engourdissements ; la peau du membre est violette et cyanosée.

Enfin, il est une autre manifestation dont les auteurs ne font même pas mention et que, de mon côté, j'ai trouvée toutes les fois que je l'ai cherchée ; c'est le *dermographisme* (1).

Si l'on appuie sans violence, dans le dos ou sur la poitrine du sujet, un instrument moussé ou l'extrémité de l'ongle, la peau non seulement conserve la trace marquée, mais encore l'amplifie et la rend durable pendant un temps plus ou moins long. La persistance, la coloration et la prééminence varient avec les sujets.

(1) Ce phénomène a été décrit pour la première fois par Dujardin-Beaumeiz ; cf. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1880, p. 107 : « La femme autographique ou femme cliché ». — Depuis lors, M. Barthélémy a étudié minutieusement cette question ; cf. *Internationaler dermatologischer Congress abgehalten in Wien im Jahre 1892*, p. 543 ; — Cf. Barthélémy, *Du Dermographisme ou Dermoneurose toxivasomotrice*, Paris, 1893. — Voyez au Musée de l'hôpital Saint-Louis, le moulage dont la référence est rapportée à la fin de ce travail.

A un premier degré, l'impression du stylet ou de la pointe mousse fait apparaître une strie blanche, puis une sorte de bandelette rosée, plus large, mais non saillante. Cette dernière ne tarde pas à pâlir, elle s'éteint graduellement au bout d'une durée qui varie de quinze à vingt-cinq minutes. C'est la forme plate et fruste ; c'est ce qu'on peut appeler le dermatographisme atténué, ou petit état dermatographique.

A un degré plus accentué, la bande rouge est latéralement limitée par deux raies blanches qui disparaissent bien avant la bande rouge centrale ; celle-ci fait une saillie nettement appréciable au toucher ; elle ne s'éteint pas uniformément, mais par îlots séparés, à bords sinueux et déchiquetés ; c'est ce qu'on désigne sous le nom d'état dermatographique moyen.

Enfin, au troisième degré correspond le grand état dermatographique dans sa forme intense et turgescence. La ligne blanchâtre qui succède à l'impression de la pointe mousse ne tarde pas à se couvrir d'incarnat, par points isolés ; puis la coloration rouge s'étend et devient uniforme ; bientôt la peau se gonfle partout où a passé le stylet et l'on constate l'existence d'un relief arrondi qui peut atteindre quatre, cinq, six millimètres de hauteur, et même plus ; suivant la comparaison de M. Barthélemy, on dirait un cordonnet enfilé sous la peau, ou une plume d'oie implantée dans le derme, ou, encore, une grosse veine dilatée, saillante et dure. Ce phénomène peut durer une heure ou deux, puis il s'atténue progressivement ; parfois cinq ou six heures s'écoulent avant que la peau ait repris son aspect normal. Ces cordonnets ne sont jamais suivis ni d'ecchymoses, ni de sigillations ; on ne constate à leur niveau ni fourmillements, ni anesthésie, ni hyperesthésie.

Or, chez les dyshidrotiques, le dermatographisme se rencontre d'une manière constante, ou, pour mieux dire, je

j'ai recherché 7 fois, et 7 fois je l'ai observé, sans doute à des degrés divers, mais toujours avec une intensité très appréciable ; une fois même, j'ai obtenu le grand état turgescant.

Les pages qui précèdent nous autorisent donc à conclure que les dyshidrotiques se rattachent d'une manière indéniable au neuro-arthritisme ; ajoutons, pour préciser que cette diathèse se traduit chez eux par des symptômes plutôt nerveux, trophonévrotiques et vaso-moteurs. Cette dernière conclusion nous permettra, peut-être, de rendre plus claire la pathogénie de la dyshidrose.

II

Etant donné un neuro-arthritique, trois ordres de causes sont susceptibles d'agir sur lui et de le mettre dans un état de « *minoris resistentiæ* » à l'égard de la dyshidrose. Ce sont :

- 1° La déchéance organique.
- 2° Les maladies infectieuses.
- 3° Les intoxications chroniques.

Ainsi, certains individus sont surmenés soit par le travail soit par des excès quelconques, ou bien leur nourriture est mauvaise, en même temps qu'insuffisante ; d'autres sont envahis par la tuberculose et dans un état de misère physiologique tout à fait lamentable ; on en voit qui, pour diverses causes, sont pâles, chétifs, souffreteux, amaigris (1). Dans de pareilles conditions, la voie est toute ouverte à la dyshidrose ; pour qu'elle paraisse, il suffira souvent que se

(1) Sur 11 cas observés par Cottle en 1876, 9 se rapportaient à des individus faibles et anémiés. Cf. Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis, Wien, 1877, IX. p. 587.

manifeste quelque'une des causes déterminantes que nous étudierons plus loin (1).

Les maladies infectieuses qui ont été plus particulièrement relevées sont la variole, la varioloïde, la rougeole, le rhumatisme articulaire aigu, l'influenza.

Enfin les intoxications chroniques que signalent les divers observateurs sont produites par le tabac, l'alcool, le mal de Bright, la syphilis ; il faut y joindre celles qui résultent de dyspepsie, de fermentations intestinales, etc. en un mot celles qui sont liées à un trouble quelconque de la fonction digestive (2).

III

Pour que la poussée dyshidrotique surgisse, il ne suffit pas qu'un tempérament soit neuro-arthritique et que des causes adjuvantes l'aient plus ou moins débilité. Qu'on se rappelle la comparaison classique : quand une voiture est attelée, le coup de fouet suffit pour la mettre en mouvement ; lorsqu'elle n'est pas attelée, les coups de fouet ont beau se multiplier, ils sont sans action sur le mouvement de la voiture. Ici la diathèse ressemble à la voiture attelée. En effet, certaines causes peuvent s'attaquer à tel individu sans qu'elles paraissent avoir prise sur lui ; mais, si cet individu se trouve être un neuro-arthritique, elles tiennent souvent lieu de coup de fouet, mettent en branle un pro-

(1) Il serait faux de croire que la dyshidrose ne peut apparaître qu'à la suite d'une pareille déchéance organique. Très souvent, ces causes additionnelles n'entrent pas en jeu ; il suffit alors de l'action de la cause déterminante unie à la prédisposition que crée la diathèse.

(2) Notons ici que l'on a rencontré de l'acné chez plusieurs dyshidrotiques.

cessus pathologique et font éclore une éruption cutanée comme, par exemple, la dyshidrose.

Ces causes peuvent être ramenées à quatre ; ce sont :

1° Le surmenage physique, accidentel, très intense ;

2° Les violentes émotions morales, comme la colère, le chagrin, l'anxiété, la crainte, la terreur, etc.

3° Les auto-intoxications aiguës qui résultent d'un empoisonnement alimentaire ;

4° Les irritations extérieures, tantôt mécaniques, tantôt caloriques et tantôt chimiques.

Nous allons préciser le rôle de ces diverses causes, en rapportant quelques exemples empruntés aux observations qui ont été publiées.

Ainsi, par une journée très chaude, on fait de longues marches, on se livre à des courses rapides, à la fin de la journée on est exténué, harassé de fatigue... et la dyshidrose survient dans les jours qui suivent.

D'autre part, c'est une modiste qui éprouve une vive contrariété ; — c'est une brunisseuse qui, à la suite d'une discussion avec sa mère entre dans une violente colère ; — c'est une jeune fille qui, rentrant très tard avec son père et assaillie tout à coup par des malfaiteurs, en est saisie d'épouvante ; — c'est une autre jeune fille qui, chérissant beaucoup son frère malade, l'a longtemps soigné et qui, à la mort de ce dernier, est en proie à un violent chagrin ; — c'est une veuve qui est frappée de frayeur à la vue d'un incendie qui consume sa maison ; — c'est une femme qui, apprenant que son enfant, envoyé en nourrice à la campagne, est gravement malade, se lamente et s'abandonne à un profond chagrin ; — c'est une brave mère de famille qui, à la nouvelle de la mort de son mari en mer éprouve une violente émotion ; — c'est en outre un garçon boucher qui présente sur l'abdomen quelques pustules d'acné et qui, craignant que cette éruption ne soit une ma-

nifestation de la syphilis, passe toute une nuit sans sommeil, en proie à une terrible anxiété. Or, dans tous ces cas, l'éruption dyshidrotique s'est installée d'emblée, soit dans la nuit suivante, soit le lendemain au réveil, soit dans l'intervalle de deux ou trois jours, au plus (1).

En troisième lieu, l'on peut citer le cas rapporté par M. Barthélemy ; il s'agit d'une éruption très intense, tout à fait aiguë, survenue soudainement à la suite « d'une indigestion qu'avait provoquée l'ingestion de marée altérée par les grandes chaleurs. » J'ai de même observé, au mois de juillet dernier, une poussée de dyshidrose chez un homme de 53 ans qui, les jours précédents, avait mangé du poisson avarié.

Enfin, les causes irritantes venues de l'extérieur sont, à elles seules, aussi nombreuses que toutes celles qui viennent d'être signalées.

La dyshidrose peut apparaître aux régions qui sont exposées à des pressions mécaniques ; cela se rencontre particulièrement quand on fait une longue marche avec des bottines trop étroites qui enserrant le pied comme dans un étou. Citons également le cas de cette jeune modiste chez laquelle déjà sont apparues plusieurs éruptions ; chaque fois, elle a dû cesser son métier jusqu'à ce qu'elle fût guérie ; or chaque fois aussi qu'elle reprend son ouvrage, ses mains, mécaniquement irritées, sont, de nouveau, le siège d'une éruption vésiculeuse.

La chaleur, sous toutes ses formes, est susceptible de donner naissance à la dermatose qui nous occupe. Tout d'abord, il faut signaler les rayons solaires : ainsi une

(1) Cf. infra, observations nos 25, 27, 28, 32, 35, etc.

Dans la plupart de ces cas, la dermatose est passée à l'état chronique, avec des exacerbations récidivantes plus ou moins espacées.

femme est exposée au soleil brûlant de la Havane (Robelin) ; un cocher de 25 ans passe deux heures entières en plein soleil ; dans ces deux cas, la dyshidrose ne manque pas de faire son apparition. D'autre part, Cottle (1) rapporte qu'il a traité 11 cas de dyshidrose pendant la chaleur excessive qui a duré du 20 juin au 25 août 1876 et il affirme n'avoir pu rattacher ces éruptions à aucune autre cause qu'à la température extraordinaire qui sévissait à ce moment-là. Il suffit d'ailleurs de rappeler que la dyshidrose apparaît presque exclusivement en été ; en outre, le nombre et l'intensité des cas varie en fonction de la durée et de l'élévation de la température.

C'est à la chaleur des fourneaux, qu'il faut attribuer la dyshidrose des cuisiniers, des blanchisseuses, des repasseuses, des ouvriers d'usine. Dans un cas la dyshidrose est survenue après l'administration d'un bain d'air chaud que Pringle avait ordonné à l'un de ses malades atteint du mal de Bright. Dans un autre cas, un jeune homme de 17 ans vient à Paris et, le surlendemain de son arrivée il est pris d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu ; on lui met une épaisse couche d'ouate autour des articulations ; en outre, le malade s'enveloppe dans un peignoir de flanelle et, bien qu'on soit au mois de juin, il s'obstine à rester au lit ; il en éprouve une chaleur telle que la dyshidrose s'empresse de faire son apparition.

Les irritations chimiques ne sont pas rares non plus. On peut citer cet ajusteur-mécanicien qui « a les mains toute la journée dans l'huile à tarauder (huile de qualité très inférieure) », (L. Bonnet), — ce garçon boucher qui se sert d'acide oxalique pour frotter les cuivres, — cette femme qui lave son parquet avec de « l'eau de carbonate », — ce maçon

(1) Vierteljahresschrift für Dermatologie und Syphilis, Wien, 1877, IX, p. 587.

dont les mains subissent le contact presque continu du plâtre, de la chaux et du ciment. Chez tous ces individus, l'irritation a eu pour conséquence l'éclosion d'une poussée dyshidrotique.

Il ne faut pas oublier les cas dans lesquels une thérapeutique imprudente et intempestive emploie des substances irritantes, pour le plus grand dommage des malades ; témoin ce jeune homme chez lequel Santi applique un énergique emplâtre salicylé, dans le but de faire rétrocéder une syphilide palmaire ; témoins ces malades qui ont recours à l'eau phéniquée, à l'iodoforme, à des pommades plus ou moins excitantes, pour combattre, par exemple des crevasses ou des engelures ; ils n'ont réussi trop souvent qu'à provoquer l'éclosion de la dyshidrose.

IV

On a vu, au chapitre de la symptomatologie, que souvent la poussée dyshidrotique, au lieu d'évoluer promptement en une ou deux semaines peut durer deux, trois, cinq et même huit mois. D'autres fois, la dyshidrose réapparaît environ tous les mois ou plusieurs fois par an, ou tous les étés, constituant, pour ainsi dire, une maladie chronique avec des exacerbations plus ou moins nombreuses.

Des conditions diverses rappellent cette dermatose ou l'entretiennent, ou la font récidiver et traîner en longueur. Ce sont surtout les causes précédemment étudiées, lesquelles se reproduisent par intervalles ou bien exercent chez le même individu une irritation chronique. Mais, par dessus toutes, il faut citer, outre les causes caloriques ou chimiques, les auto-intoxications chroniques qui résultent d'une mauvaise alimentation, d'une digestion défectueuse, de fermentations anormales, de constipation opiniâtre.

Ainsi Williams a remarqué que son éruption dyshidrotique, parfois latente et comme endormie, devenait plus saillante toutes les fois qu'il éprouvait un malaise quelconque. De même, la femme dont Dow rapporte le cas voyait apparaître une poussée de dyshidrose « toutes les fois qu'elle ne se trouvait pas bien ».

D'autre part, il est à remarquer que cette dermatose reparaît presque toujours en été ; les individus les plus prédisposés à ses récides sont précisément ceux qui travaillent à la chaleur (1).

Enfin, en parcourant les différentes observations qui ont été publiées, on rencontre cinq cas dans lesquels la dyshidrose a été prise par la gale. La plupart du temps, le malade s'adresse au pharmacien ; celui-ci, peu familiarisé avec la dyshidrose, pense immédiatement à une lésion acarienne ; il recommande en effet, de la pommade soufrée, de la pommade au goudron, des bains de Barèges, etc. ; le malade observe scrupuleusement cette prescription ; or, bientôt sous l'influence de l'irritation médicamenteuse, la dyshidrose s'exaspère et prend un développement considérable ; parfois même apparaît un bel eczéma surajouté. Un autre malade, sans consulter qui que ce soit, se persuade que son éruption vésiculeuse n'est autre que la gale ; or, il sait que cette dermatose est produite par un parasite ; pour le tuer vite et sûrement notre homme plonge ses mains dans une solution concentrée de potasse : aussitôt la dyshidrose s'enflamme et des pustules surgissent en même temps que se développent des placards eczémateux. T. Fox avait, d'ailleurs, déjà remarqué que la dyshidrose croissait en étendue, à la suite d'une friction mercurielle.

(1) Il ne faut pas oublier qu'une première poussée dyshidrotique, loin de conférer l'immunité, ouvre la voie à des récides de plus en plus fréquentes et dont la durée est de plus en plus longue.

Des lignes précédentes ressort une indication thérapeutique de premier ordre ; c'est que dans la dyshidrose il faut bannir toute médication excitante ou irritante, et qu'il est, en somme, dans ce cas, beaucoup plus facile de nuire au malade que de lui être utile.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE

A. — Revue historique.

Examens publiés par les différents auteurs : Robinson (1877) ; — Crocker (1878) ; — Hoggan (1883) ; — Crocker (1888) ; — Santi (1890-1892) ; — Williams (1891) ; — Breda (1891) ; — Unna (1894) ; Martinet-Farez (1896).

B. — Examen critique.

I. — PARS DISTRUENS.

Si le cheiro-pompholyx et la dyshidrose comportent des lésions distinctes.

Critique de la théorie sudorale :

1^o Localisation anatomique des vésicules ; examens microscopiques ; Williams rectifie l'illusion de Fox et de Crocker ; concessions de ce dernier.

2^o Si ce sont les glandes sudoripares qui secrètent la sueur : Unna, Meissner.

3^o Réactions du contenu vésiculeux : divergences et incertitudes.

4^o Inflammation périsudorale : elle est accidentelle et secondaire.

Conclusion : l'interprétation sudorale est fautive ; conséquences au point de vue pathogénique.

II. — PARS OEDIFICANS.

Siège des vésicules.

Contenu des vésicules et des espaces lymphatiques.

Description des lésions à la période d'acmé.

Processus évolutif : périodes de début, de progression, d'état, de régression.

Origine vasculaire et non pas cellulaire de ce processus, lequel dépend de l'inflammation papillaire ; retentissement de cette dernière, en dehors même des vésicules ; explication de l'inflammation périsudorale.

C. — Pathogénie.

I. Robinson, Williams, Santi, etc. — Théorie nerveuse : l'inflammation papillaire dépend d'un trouble vaso-moteur. — Raisons sur lesquelles s'appuie cette interprétation.

II. Unna. — Théorie bacillaire : l'inflammation papillaire est consécutive à un processus bacillaire primitif qui débute dans la couche cornée. — Description des bacilles ; leur pénétration dans les couches sous-jacentes. — L'interprétation de Unna est inacceptable ; 1^o Bacilles ; — 2^o concomitance constante de l'hyperhidrose, de la macération, et du grattage ; — 3^o Rupture de la couche cornée ; — 4^o chimiotaxie.

III. Si le trouble vaso-moteur est localisé ou généralisé ; — d'où il provient. — Expériences de Bouchard, Charrin, Gamaléia, Gley : conséquences. — Auto-intoxication, d'où empoisonnement du système nerveux. — Rôle des irritations : exaspération de la névrose chronique.

Trois éléments à considérer : 1^o nerveux, 2^o vaso-moteur, 3^o toxique. — Névrototoxidermite.

On se rappelle la lutte acharnée survenue entre Fox et Hutchinson à propos de l'interprétation du processus dys-hidrotique (1). Chacun des deux auteurs défend avec acharnement sa propre théorie, sans consentir à faire la moindre concession à son adversaire. La querelle menace de se perpétuer à l'état aigu ; il convient donc de chercher, ailleurs que dans l'étude clinique, des arguments capables de trancher le différend et d'établir avec certitude s'il y a lieu de rapporter cette éruption vésiculeuse à l'appareil sudoral ou au réseau papillaire. C'est, comme on l'a vu, Robinson et Crocker qui portent la question sur le terrain de l'anatomie pathologique.

En 1877, ROBINSON fait connaître le résultat de ses recherches histologiques (2). Pour lui, le processus dont il

(1) Cf. *suprà*, page 42 et *sq.*

(2) A.-R. ROBINSON, Pompholyx, Cheiro-Pompholyx (Hutchinson), Dysidrosis (T. Fox), avec 4 planches, (*Archives of Dermatology*, juillet 1877, vol. III, p. 289-303).

s'agit n'intéresse aucunement l'appareil sudoripare. En effet, l'examen microscopique révèle l'existence d'un canal excréteur entre deux vésicules ; ce canal est intact et constitue une barrière puissante qui a empêché ces deux vésicules de se fusionner pour constituer une bulle. En outre, aucune coupe ne permet de voir les canaux sudoraux dilatés. Quant à la collection liquide, elle se forme dans la portion la plus élevée de la couche de Malpighi ; elle est constituée non par de la sueur venue de la glande sudoriparée, mais par du sérum qui s'est échappé des vaisseaux sanguins.

En examinant avec soin ses préparations, Robinson a eu la bonne fortune de pouvoir suivre tout le processus morbide depuis le début jusqu'à la disparition de la lésion ; voici comment il décrit les différentes phases de cette évolution vésiculaire (1).

Tout d'abord, il se forme un léger épanchement de sérum entre la couche cornée et la couche de Malpighi, immédiatement au-dessus du sommet de la papille. Sous l'influence de cette transsudation de sérum, les cellules de la couche profonde du réseau de Malpighi s'allongent. Celles qui sont situées à la périphérie de la vésicule s'aplatissent sous la pression sans cesse croissante de la collection liquide. La vésicule s'accroît peu à peu et en tous sens ; elle se rapproche ainsi à la fois de la couche cornée et du chorion. Quand plusieurs vésicules sont contiguës, les parois cellulaires qui les séparent s'amincissent, au fur et à mesure qu'augmente la pression du liquide ; la cloison finit par céder ; les vésicules primitives deviennent ainsi coalescentes et une bulle se trouve constituée.

(1) Dans les premières pages de ce chapitre, je mettrai largement à contribution l'article publié par G. et F.-E. Hoggan. — Cf. *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1883, nos 4 et 5 p. 110-121, 148-155. — Cf. DOYON, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 2^e série, 1884, p. 93-102

Puis, les vaisseaux papillaires qui, au début, affirme Robinson, paraissaient n'avoir subi aucune modification de volume, se dilatent, en même temps que la vésicule s'accroît. Il se fait alors le long de ces vaisseaux une infiltration de plus en plus grande de cellules migratrices rondes, lesquelles proviennent de ces mêmes vaisseaux le long desquels elles s'étagent.

Lorsque le processus touche à sa fin, le liquide contenu dans la vésicule possède une réaction acide ; il est opaque car il est gorgé de cellules migratrices ; il est albumineux, ainsi qu'on doit s'y attendre, puisqu'il provient du sang.

Enfin, les cellules qui ont contribué à former la vésicule se rompent, le contenu vésiculaire se résorbe et disparaît.

On voit donc que les examens histologiques entrepris par Robinson confirment pleinement l'interprétation donnée par Hutchinson quelques années auparavant. Toutefois, Robinson refuse d'admettre avec son devancier que les modifications locales sont de nature catarrhale. Il s'agit, selon lui, d'une inflammation qui est sous la dépendance d'un trouble nerveux, plutôt spinal que cérébral.

L'année suivante (mai 1878) CROCKER présente à la Société pathologique de Londres des préparations desquelles il résulte, affirme-t-il, que l'interprétation de Robinson-Hutchinson est tout à fait erronée (1).

D'abord, il n'a pu être constaté aucune lésion des vaisseaux papillaires ; ni aucune exsudation de liquide en dehors de ces vaisseaux ; les tissus périvasculaires sont normaux.

Ensuite, une seule fois sur 70 coupes, on a rencontré

(1) TILBURY FOX and RADCLIFFE CROCKER, *The minute Anatomy of Dysidrosis*, avec deux planches. Cf : *Transactions of the pathological Society of London*, 1878, 21 mai, vol. XXIX, p. 264.

une vésicule en rapport avec les vaisseaux papillaires. Dans tous les autres cas, les vésicules siégeaient non pas au sommet des papilles, mais dans la couche épineuse inter-papillaire.

Or, ce sont précisément les canaux sudoraux qui siègent à ce niveau, il en résulte donc que la vésicule naissante coïncide avec le conduit excréteur de la glande sudoripare. D'ailleurs il existe de nombreuses communications entre les conduits glandulaires et les vésicules.

On peut donc conclure que la vésicule contient de la sueur et non du sérum transsudé.

Pour Crocker, comme pour Fox, le processus peut se décomposer ainsi qu'il suit :

1. Inflammation primitive de la glande sudoripare ;
2. Sécrétion rapide et abondante de la sueur ;
3. Accumulation, rétention et stase de la sueur dans les glandes, d'où distension de ces glandes ;
4. Dilatation de la portion supérieure des canaux sudoraux par le liquide que secrète la glande ;
5. Refoulement et déformation de la couche épineuse ;
6. Congestion secondaire et oblitération des canaux dans la couche épineuse ;
7. Alors se forme une vésicule enchâssée dans la peau et donnant l'aspect du grain de sagou cuit ;
8. A mesure que l'écoulement augmente, l'épiderme est soulevée et la vésicule proprement dite apparaît de plus en plus saillante, au niveau de la surface cutanée ;
9. Quand les canaux sont très distendus, ils se rompent ; le liquide s'en échappe et se répand dans le tissu adjacent ; il s'est alors formé une bulle.

Crocker et Fox sont donc tout à fait d'accord pour faire résider la vésicule dans l'appareil sudoripare, avec cette différence, cependant, que Crocker la fait siéger dans la partie du canal excréteur qui correspond à la couche épi-

neuse, tandis que Fox la considère plus volontiers comme une distension de la glande elle-même.

On se trouve donc en présence de deux théories tout à fait différentes qui prétendent toutes deux s'appuyer solidement sur l'histologie.

Or, si les descriptions qu'ont données Robinson et Crocker sont exactes et si elles répondent à des lésions qui existent véritablement telles que ces deux auteurs les ont exposées, il est hors de doute que l'on a affaire à deux maladies spécifiquement distinctes.

Cependant l'aspect clinique est identique dans les deux cas ; d'autre part, les auteurs ont presque tous continué à établir une parfaite synonymie entre les termes « Dyshidrose » et « Cheiro-Pompholyx ». Ne serait-il pas alors plus vraisemblable d'admettre que l'un de nos deux histologistes, les deux, peut-être, ont manqué de compétence, ont mal vu ou mal interprété ?

Dans le but de résoudre cette difficulté, G. et F.-E. HOGGAN reprennent, en 1883, l'examen des préparations précédentes et ils arrivent à ces conclusions (1) :

1. La vésicule dyshidrotique siège, en effet, le plus souvent dans la couche épineuse interpapillaire comme le soutient Crocker.

2. Cependant, on ne peut trouver aucune transition entre le conduit dilaté d'une glande sudoripare et la vésicule dyshidrotique.

3. D'autre part, on n'a pas le droit d'affirmer cette coïncidence entre la vésicule et le canal, en invoquant ce seul fait que le canal excréteur se trouve précisément dans la couche épineuse interpapillaire.

(1) Cf. l'article ci-dessus mentionné, Monatshefte, 1883, nos 4 et 5, p. 110-121, 148-155.

4. En réalité, le début de la lésion se manifeste le long, mais en dehors du conduit sudoral.

5. L'appareil sudoral est cependant affecté dans de nombreux cas, mais il l'est par un mécanisme différent de celui qu'a décrit Crocker. La glande est enflammée consécutivement, et non primitivement. Cette inflammation résulte de l'influence que les vésicules déjà constituées exercent sur les glandes sudoripares et leurs canaux excréteurs. L'état inflammatoire et l'infiltration cellulaire sont donc la conséquence et non la cause de la maladie.

Voici, d'ailleurs, quelques brèves formules qui résument l'évolution dyshidrotique telle que la conçoivent G. et F.-E. HOGGAN :

1. Le processus morbide débute dans la région superficielle de la couche épineuse interpapillaire entre deux conduits sudoraux et sans affecter aucun rapport avec ces derniers.

2. Ce processus se manifeste d'abord dans une ou plusieurs cellules de la couche granuleuse.

3. Il n'a rien de spécial et est commun à plusieurs autres maladies.

4. Au début les vésicules dyshidrotiques ne contiennent ni sérum ni sueur.

5. Ces deux liquides peuvent cependant s'y rencontrer, mais cela n'a jamais lieu que lorsque ces vésicules ont atteint un degré beaucoup plus avancé de leur évolution.

6. Les cellules de la couche granuleuse situées au-dessus des vésicules sont comprimées.

7. Les cellules qui sont situées entre la vésicule, au-dessus, et le tissu gélatineux du derme, au-dessous, sont douées d'une grande vitalité ; elles subissent des modifications embryonnaires et disparaissent ; leurs produits se confondent avec le contenu de la vésicule.

8. Le liquide de la vésicule ne peut soulever la couche

cornée. Il cherche donc à se frayer un passage entre cette dernière et la partie supérieure de la couche granuleuse.

9. Les cellules les plus voisines de la couche cornée se déagagrègent et le centre de la vésicule s'affaisse.

10. Les canaux sudoraux, rejetés de chaque côté, forment un croissant autour de la vésicule.

11. Lorsque ces canaux surdistendus se rompent, alors seulement est constituée la véritable dyshidrose, au sens de T. Fox ; alors, en effet, la sécrétion sudorale peut se répandre dans la cavité vésiculaire.

12. L'acidité et la pression du liquide amènent une inflammation de l'appareil glandulaire. Celle-ci est donc la conséquence de la maladie, laquelle comporte deux phases ; seule, la seconde de ces phases correspond à la dyshidrose de Fox-Crocker.

Or, quelques années plus tard, en 1888, CROCKER reprend à nouveau l'étude anatomo-pathologique de la dyshidrose. Il est très intéressant de confronter les déclarations qu'il a faites en 1878 et ce qu'il écrit dix ans après dans son *Traité des maladies de la peau* (1).

Crocker prétend avoir encore rencontré des vésicules sur le trajet des conduits sudoraux ; il a même pu constater que le conduit sudoral s'abouchait avec la vésicule pour la quitter au pôle opposé, en reprenant son cours et son individualité propres. Toutefois, ce même auteur fait à l'opinion adverse quelques concessions dont voici les plus importantes :

1. Dans ces mêmes coupes, on peut voir très nettement d'autres vésicules situées au-dessus des papilles, d'ordinaire dans la région supérieure du réseau de Malpighi, immédiatement au-dessous de la couche cornée.

(1) RADCLIFFE CROCKER, *Diseases of the skin*, London, 1888, p. 135.

2. Les vésicules suprapapillaires sont même beaucoup plus nombreuses que les vésicules interpapillaires.

3. Le conduit excréteur de la glande sudoripare serpente librement entre ces vésicules suprapapillaires.

4. Il existe une légère prolifération de cellules dans la portion supérieure des conduits sudoraux, et parfois aussi dans leur portion inférieure; mais, en aucun cas, on ne peut constater d'inflammation dans les glandes sudoripares.

5. Les papilles situées dans le voisinage des vésicules sont modérément infiltrées de leucocytes, mais il existe rarement des signes d'inflammation autour des vaisseaux profondément situés.

Il est inutile d'insister sur l'importance des concessions que vient de faire Crocker. Ce dernier ne cesse cependant pas de considérer la dyshidrose comme une affection qui est, au double point de vue clinique et anatomique, en relation étroite avec l'appareil sudoripare. Pour lui, c'est une dermatose nerveuse; elle consiste vraisemblablement dans un trouble vaso-moteur qui amène une inflammation à l'intérieur et autour de l'appareil sudoral, sans toutefois se borner à cette seule localisation. Ainsi, le trouble vaso-moteur, loin de partir des vaisseaux papillaires pour s'étendre à la glande, commencerait dans cette dernière pour atteindre secondairement ceux-là.

On voit donc que les divergences, tout atténuées qu'elles soient, n'en subsistent pas moins.

L'année 1891 marque une étape peut-être décisive en ce qui concerne la fixation définitive de l'anatomie pathologique de la dyshidrose. WILLIAMS souffrait lui-même de cette affection; il profita de son séjour à la clinique de Unna (Hambourg) pour entreprendre l'examen histologique de trois fragments enlevés à sa propre peau. Ces trois examens ont porté sur 229 coupes en séries. Ce nombre et la compétence

de l'auteur donnent une très grande valeur au mémoire que Williams a publié à ce sujet en allemand et en anglais (1). Je me fais un devoir d'en donner ici une traduction in-extenso :

« Un fragment de peau est incisé sur une des faces latérales de mon pouce gauche, durci dans l'alcool, inclus dans la celloïdine et coupé avec le microtome de Jung... Les préparations sont conservées dans des vases séparés, diversement colorées et examinées en séries.

Mon attention se porte spécialement sur le rapport des canaux sudoraux et des vésicules.

108 coupes sont examinées ; aucune ne me permet de découvrir une connexion quelconque entre les canaux et les vésicules.

74 coupes contiennent à la fois des canaux sudoraux et des vésicules ; il y en a même dans chaque coupe jusqu'à trois ou quatre de chaque sorte.

27 ne contiennent que des vésicules et pas de canaux.

7 contiennent des canaux et pas de vésicules.

Dans quelques préparations il semble que la vésicule est constituée par un canal sudoral distendu. En effet, aussi bien au-dessus qu'au-dessous de la vésicule, on voit la section d'un canal sudoral qui chemine à travers l'épiderme.

Si, cependant, je n'avais pas soigneusement examiné mes préparations en séries, le problème de la relation entre le conduit sudoral et la vésicule n'eût pas encore été résolu. Mais, après un examen minutieux de la série des coupes qui précèdent et de celles qui suivent, je puis déterminer le cours complet du canal sudoral ou bien sur le côté de la

(1) Monatshefte für praktische Dermatologie, XV, 2, 15 Juli 1891, p. 41-47. — *The british journal of Dermatology*, III, oct. 1891, p. 303-308. — L'observation placée en tête de cet article a été traduite et rapportée plus loin, sous le numéro 8.

vésicule, ou bien devant, ou bien derrière elle. Dans le plus grand nombre des cas, les canaux sudoraux viennent s'ouvrir à une certaine distance des vésicules.

Qu'est-ce qui constitue maintenant le contenu des vésicules et celui des espaces lymphatiques situés entre les cellules épineuses voisines?

Pour ce qui est de la fibrine, quelques coupes des différentes séries, colorées avec le violet de gentiane de Weiger et traitées avec la solution de Lugol, montrent qu'aussi bien dans la couche épineuse que dans le corps papillaire, il existe toujours près des vésicules de nombreuses spirales d'Herxheimer (c'est-à-dire de la fibrine dans les fissures lymphatiques), tandis que les parties plus éloignées de la vésicule n'en possèdent aucune ou, du moins, que quelques-unes. Ce fait est à ce point constant que si, dans une coupe quelconque, je rencontre un plus grand nombre de spirales, je peux être sûr de trouver, dans les coupes sériées les plus prochaines, des vésicules toutes formées ou en train de se former. La fibrine se rencontre aussi dans les vésicules. Les capillaires et les fissures lymphatiques du corps papillaire sont distendus. Il existe une infiltration modérée de globules blancs principalement au voisinage des vésicules. Entre les cellules épineuses, on trouve aussi des leucocytes, mais surtout et en bien plus grand nombre autour des vésicules. Celles ci contiennent aussi des leucocytes.

D'après le tableau qui vient d'être tracé, on peut tirer cette conclusion que les vésicules contiennent non pas de la sueur, mais du sérum.

La dilatation des vaisseaux papillaires et de même l'exsudation des leucocytes sont toujours beaucoup plus prononcées dans les coupes qui portent sur la périphérie que dans celles qui atteignent le centre des vésicules ; les mêmes phénomènes se manifestent au plus haut degré à propos des vésicules nouvellement formées ou en voie de formation. Ça

et là, il y a bien, il est vrai, une exsudation le long des vaisseaux qui entourent les canaux sudoraux, mais cela n'a lieu que pour les canaux qui cheminent dans le voisinage des vésicules. Et les canaux sudoraux paraissent entourés d'une inflammation précisément à cause de ce fait qu'ils suivent dans la peau le même trajet que les vaisseaux.

L'aspect des cellules épineuses qui entourent les vésicules varie suivant l'âge et la situation de ces dernières. Or, les coupes contiennent à la fois de vieilles et de jeunes vésicules.

Les plus jeunes vésicules présentent l'aspect suivant : La lymphe exsudée s'accumule dans les espaces intercellulaires de la couche épineuse et les distend ; les épines se distendent aussi à la longue, et, dans les espaces dilatés, on rencontre des leucocytes comme aussi de la fibrine. Lorsque le processus a évolué davantage, les cellules épineuses deviennent longues et étroites, sans aucun doute parce que la lymphe accumulée les comprime de plus en plus. A un stade plus avancé, les épines sont en partie déchirées et les cellules allongées, dégénérées, restiformes, conservant encore çà et là quelques connexions entre elles, forment un large système réticulé. Lorsque le processus est encore plus avancé, ces quelques connexions épineuses fortement distendues se déchirent, le système réticulé s'affaisse et laisse après lui, au centre même, une large caverne : la vésicule est alors formée. A cette période, on voit que la vésicule est limitée par un système réticulé composé de cellules épineuses dégénérées, et l'on peut, en passant par les divers stades décrits plus haut, montrer la transition vers l'épithélium normal.

Autour des vésicules plus âgées, on ne rencontre pas cette limitation par un système réticulé. Quelques rares fragments dépourvus de connexion existent peut-être encore dans le contenu de la vésicule, mais, en dehors de cela, il

n'y a plus rien. A leur place, on voit de nombreuses assises de cellules épineuses aplaties ; elles sont fortement comprimées là où une cloison de deux ou même trois rangées cellulaires sépare deux grosses vésicules.

Dans quelques coupes, cette cloison est, elle aussi, déchirée, ce qui produit la confluence de deux et même trois vésicules voisines.

Presque toujours les vésicules se trouvent situées immédiatement au-dessous de la couche granuleuse. Seules, quelques petites vésicules se rencontrent plus haut dans la couche granuleuse elle-même, entourées de toutes parts par des cellules contenant de la kératohyaline.

En aucun cas les vésicules ne communiquent avec les pores sudoraux, puisque, en raison de leur siège superficiel et de leur petit volume, ces vésicules sont de toutes parts entourées par ces cellules contenant de la kératohyaline.

Dans quelques coupes, on peut nettement reconnaître l'endroit où les vésicules précédentes ont établi leur siège et voir comment la régression s'est effectuée.

Pour plus de concision et de clarté, je vais essayer d'exprimer ces rapports par le tableau suivant :

Au-dessus de la vésicule	{	1. Lamelles superficielles et écailleuses de la couche cornée.
		2. Dans quelques cas, une couche de cellules contenant de la kératohyaline.
Au niveau de la vésicule	{	Un groupe de noyaux irrégulièrement disposés, renfermés dans une masse de tissu coagulé et nécrosé.
Au-dessous de la vésicule	{	1. Une couche nouvellement formée de cellules cornées, avec des noyaux bien colorés.
		2. Quelques couches de cellules granuleuses bien développées.
		3. Trois ou quatre couches de cellules épineuses.
		4. Les papilles.

Cette disposition anatomique montre tout de suite ce qui s'est passé : L'exsudat liquide s'est desséché ; la vieille vé-

sicule a été soulevée vers le haut par les cellules qui se développaient au-dessous et l'existence de cette vésicule a été abrégée par la pression croissante des cellules cornées et granuleuses récemment formées d'une manière précoce par côtés. L'ancienne couche cornée disparaît par desquamation, de telle sorte que le contenu vésiculeux desséché peut bientôt être éliminé en laissant derrière lui un épiderme qui, en ce qui concerne le nombre des couches, paraît normal, mais qui, en ce qui concerne le nombre des cellules au-dessus des papilles vasculaires et nerveuses, le cède à la peau saine. Cela explique pourquoi la clinique a constaté que la peau est sensible et quelque peu rouge.

Pour savoir si les rapports ci-dessus décrits sont constants, j'ai soin, au cours de deux attaques successives, d'enlever d'autres petits morceaux de peau et je les sou mets à la même manipulation que les préparations précédentes.

Un petit morceau enlevé à la face interne du pouce droit, montre une disposition tout à fait semblable.

58 coupes sont examinées en séries ;

27 d'entre elles possèdent à la fois des pores et des vésicules ;

9 des pores et pas de vésicules ;

19 des vésicules et pas de pores ;

3 ni pores ni vésicules.

En aucun cas, il n'existe de communication entre les pores et les vésicules. Les spirales d'Herxheimer et l'exsudation de la lymphe, etc., se rencontrent comme dans les coupes précédentes.

Ni le premier, ni le second morceau de peau n'ont été excisés assez profondément pour montrer les glandes sudoripares. Un troisième morceau est enlevé à mon petit doigt gauche, lors d'une poussée aiguë survenue au cours d'une attaque d'influenza ; il comprend tous les éléments de la

peau depuis la superficie jusqu'à l'aponévrose. Cette préparation me permet d'examiner :

63 coupes en séries.

40 contiennent à la fois des vésicules et des pores, souvent trois ou quatre de chaque sorte.

22 contiennent des vésicules, mais pas de pores.

1 ne contient ni vésicules, ni pores.

Comme dans les coupes précédentes, les vésicules et les pores sont tout à fait séparés les uns des autres. Les vésicules sont à peu près toutes au stade de début et elles sont plutôt plus grosses que celles déjà décrites. L'exsudation leucocytaire dans le corps papillaire, au-dessous des vésicules, a pris aussi de plus grandes proportions. Par contre, les spirales d'Herxheimer ne sont pas aussi bien développées, mais, toujours, elles sont, dans le voisinage des vésicules, plus abondantes que partout ailleurs. Dans quelques cas, les spirales manquent complètement autour des vésicules ; mais, toujours, dans le voisinage de ces dernières, les espaces lymphatiques distendus contiennent des leucocytes.

Les couches plus profondes de la peau sont tout à fait normales. De même il n'a pu être rencontré autour des glandes sudoripares aucun indice d'inflammation.

Les coupes que j'ai décrites montrent clairement l'histoire anatomique de la vie du Cheiro-Pompholyx. Sa marche, brièvement résumée, est la suivante.

1° Une légère inflammation de la couche papillaire du chorion amène une exsudation de sérum ; celui-ci chemine entre les cellules épineuses dont il produit la compression, la dégénérescence et la disparition.

2° C'est là que se forment les vésicules. Celles-ci se remplissent de sérum fraîchement exsudé et augmentent de volume.

3° Le contenu des vésicules se dessèche, un nouvel épithélium se forme au-dessous, et les couches superficielles

tombent par desquamation avec le contenu desséché de la vésicule. »

Williams ajoute qu'il ne veut pas s'aventurer à faire une théorie sur la cause de l'inflammation, mais il fait remarquer que les caractères anatomiques ci-dessus mentionnés sont très semblables à ceux que l'on rencontre dans l'eczéma vésiculeux ; il espère que, lorsque l'on connaîtra mieux la cause intime de cette espèce d'eczéma, on pourra parvenir aussi à une connaissance plus profonde du Cheiro-Pompholyx.

En tous cas, la théorie d'après laquelle les vésicules dyshidrotiques ne seraient que des dilatations des conduits sudoraux est manifestement fausse, dit Williams, ainsi que le prouvent ses propres recherches, celles de Robinson précédemment exposées et celles toutes récentes de Santi.

C'est qu'en effet SANTI (de Berne), quelque temps auparavant, et dans ce même laboratoire de Unna, avait déjà examiné au microscope des coupes de dyshidrose ; il avait aussi communiqué à Unna le résultat de son examen.

Williams, d'autre part, procéda à ses recherches sans même soupçonner celles auxquelles s'était déjà livré Santi. L'auteur anglais fit connaître ses conclusions à Unna ; alors seulement ce dernier apprit à Williams que déjà Santi avait étudié cette question et que les deux chercheurs étaient arrivés aux mêmes résultats.

L'examen de Santi, bien que, chronologiquement, il soit antérieur à celui de Williams, n'a été publié qu'en 1892, dans l'article si savant et si documenté paru dans les Monatshefte (1). Il a trait à un malade dont l'observation est rapportée plus loin sous le n° 16.

(1) SANTI (A). Zur Frage der als Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx und Pompholyx beschriebenen Hauterkrankung, — Monatshefte für praktische Dermatologie, 1892, XV, 2, p. 93-109, 160-176.

« 1. *Vésicule jeune.* — C'est une caverne située dans la couche épithéliale, à la limite supérieure de la couche épineuse, juste au-dessous du stratum granulosum. L'assise inférieure des cellules du stratum granulosum forme le toit de la vésicule. Les fissures lymphatiques interépithéliales les plus voisines, sont en partie distendues; elles contiennent quelques cellules migratrices. Les cellules situées entre la vésicule et le canal sudoral voisin (lequel n'est pas modifié) sont aplaties par la pression; elles sont d'autant plus comprimées qu'elles sont plus proches de la vésicule. Cette dernière contient des cellules migratrices et des noyaux épithéliaux. La portion d'épithélium située à la partie inférieure de la vésicule est traversée par de nombreuses cellules migratrices. Les papilles sont aussi infiltrées de cellules migratrices qui, suivant un ordre assez serré, cheminent le long des vaisseaux dilatés, jusqu'au stratum vasculaire sous-papillaire. »

« 2. *Vésicule plus âgée.* — Voici de quelle manière elle a augmenté de volume : Entre les cellules épithéliales voisines, aplaties par la pression sur une épaisseur de sept ou huit rangées, l'œdème interépithélial s'accroît de plus en plus et les assises s'éloignent progressivement les unes des autres. Pendant que quelques cellules traversent la vésicule d'un pôle à l'autre, constituant ainsi une sorte de charpente ténue, fusiforme ou étoilée, d'autres cellules épithéliales situées dans les mailles de cette charpente se gonflent. Dans cette charpente mince et aplatie, le noyau se colore tout à fait bien. Le protoplasma des cellules gonflées forme une substance finement granulée, à peine colorée par le carmin et renfermant en son milieu le noyau pâle. Enfin, entre les cellules voisines gonflées, il existe une séparation tout à fait nette. Nous voyons maintenant une substance finement granulée contenant des noyaux épithéliaux et des cellules migratrices; cette substance rem-

plit complètement les espaces réticulés. Le processus de colliquation va plus loin ; en effet, les charpentes épithéliales décrites plus haut se rompent par places, tandis que la substance granulée se liquéfie. Plus tard, le processus atteint le stratum granulosum, entre les cellules duquel apparaissent d'assez larges lacunes, lesquelles sont remplies de cellules migratrices. Le conduit sudoral voisin n'a subi aucune modification. La formation vésiculeuse répond toujours à la couche épithéliale dans laquelle elle s'accroît en allant du haut vers le bas et en empiétant toujours de plus en plus sur son assise épithéliale. A un stade plus avancé de leur évolution, les cavernes du stratum granulosum et les vésicules de la couche épineuse deviennent confluentes ; elles n'ont plus alors pour toit que la couche cornée. »

A peu près à la même époque, BREDÁ (1) avait fait, lui aussi, des examens histologiques dans deux cas dont l'observation est rapportée plus loin aux numéros 10 et 11.

Voici quelles sont ses conclusions :

1 et 2. — Les couches cornée et granuleuse de l'épiderme sont presque normales.

3. — Le corps muqueux de Malpighi est ordinairement altéré au niveau de la troisième couche de cellules ; ses lésions débutent par une cellule placée au centre de la colonne interpapillaire ou en un point quelconque ; puis, d'autres cellules situées au voisinage de la première sont atteintes à leur tour ; tuméfiées, granuleuses, arrondies ou aplaties et ovoïdes, elles se rompent et forment une cavité cloisonnée dans laquelle on trouve des débris du réticulum normal en voie de dégénérescence granuleuse, des leucocytes et des traces de fibrine.

(1) Cf. Il Pomfolice, osservazioni clinico-istologiche, (Rivista clinica e terapeutica, octobre 1891, p. 547 ; — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892, vol. III, p. 317).

4. — Les papilles sont infiltrées à leur sommet, quelques-unes le sont également à la partie centrale de leur base. Le réseau vasculaire superficiel est altéré à des degrés divers ; il est surtout dilaté. Les vaisseaux qui se rendent aux glandes sudoripares sont moins dilatés que les autres.

5. — Le derme présente çà et là de petites infiltrations périvasculaires dans ses parties profondes.

6. — Autour des glomérules sudoripares, il n'y a pas d'éléments lymphoïdes.

7. — En certains points, on voit les conduits sudoripares, interrompus par une cavité intraépidermique, avoir un trajet périphérique par rapport à cette dernière.

8. Quelques-unes de ces cavités sont traversées par un conduit sudoripare normal tapissé de deux ou trois couches de cellules épineuses.

D'après Breda, c'est non seulement dans les papilles et les cellules épineuses, mais encore dans l'appareil sudoripare que se développe ce processus pathologique. Toutefois, ces divers éléments anatomiques ne sont pas affectés d'emblée et simultanément ; ils le sont dans l'ordre chronologique suivant :

Il y a une lésion initiale qui consiste dans la distension du réseau vasculaire superficiel et des vaisseaux qui se dirigent vers les papilles ;

Les lésions des papilles et des cellules épineuses ne sont que consécutives ; il est vrai que, par contre, ce sont elles qui se traduisent par les caractères cliniques les plus appréciables ;

Quant aux glandes et aux conduits sudoraux, ils ne sont altérés qu'à une période beaucoup plus avancée de l'évolution morbide.

Dans son récent ouvrage sur l'histologie pathologique des maladies de la peau (1), UNNA donne, à l'article Cheiro-

(1) Die Histopathologie der Hautkrankheiten, Berlin, Hirschwald, pages (182-186).

Pompholyx, une description tout à fait nouvelle à certain égard. Pour lui, en effet, la couche cornée présente toujours au-dessus de la vésicule une solution de continuité dont l'importance est considérable au point de vue pathogénétique, ainsi qu'on le verra plus loin. C'est en utilisant les fragments non employés par Williams-Santi et conservés dans son propre laboratoire que Unna est arrivé à cette conclusion. Voici, d'ailleurs, sa description in-extenso.

« Les plus jeunes vésicules s'étendent sur un diamètre qui égale la largeur de cinq et même dix cellules épithéliales ; elles sont situées immédiatement au-dessous de la couche cornée basale ; celle-ci présente au milieu du toit des vésicules une petite solution de continuité et, en même temps, quelques cellules cornées basales désagrégées, tournant vers le bas leur arrête libre, sont, en partie, tombées dans la lumière de la vésicule.

« A ce moment, le contenu de la vésicule se compose d'un certain nombre de leucocytes et d'un exsudat clair, riche en fibrine. Le liquide presse les unes contre les autres les cellules qui occupent les rangées les plus élevées de la couche épineuse et de la couche granuleuse. D'abord il subsiste encore quelques cellules épithéliales étirées en forme de cordons plats ; elles présentent des sortes d'apophyses ptérygoïdes ; puis elles sont fortement pressées contre la paroi de la vésicule ; celle-ci prend d'autant plus la forme sphérique qu'elle s'accroît davantage. Or, ultérieurement, la vésicule s'accroît toujours en bas d'elle-même, car, en haut, son extension est rendue impossible par la résistance qu'oppose la couche cornée, d'ailleurs si épaisse à la paume de la main.

« Quand les vésicules ont acquis l'aspect clinique et la grosseur des grains de sagou cuit, elles occupent, à l'examen microscopique, presque toute la hauteur de la couche épineuse ; de celle-ci, il ne reste qu'un ruban étroit, forte-

ment comprimé, lequel constitue le fond des vésicules.

« Les parois latérales de la vésicule sont formées par la couche épineuse œdématiée et comprimée horizontalement ; celle-ci demeure saine et ne subit aucune dégénérescence jusqu'à ce que les cellules épithéliales se modifient et que les fissures lymphatiques, élargies, contiennent un nombre considérable de spirales fibrineuses et des leucocytes en moins grande abondance.

« Le toit des vésicules est constitué par la couche cornée basale, œdématiée et gonflée, laquelle présente régulièrement, au-dessus du centre de la vésicule, la solution de continuité dont il a été parlé plus haut, ainsi qu'une destruction limitée à quelques cellules cornées basales. Cette lacune contiguë au toit de la vésicule, conduit fréquemment dans une fissure de la couche cornée superbasale, fissure étroite, qui s'étend horizontalement et qui se remplit de fibrine en même temps que de leucocytes, venus tous deux de la vésicule.

« Au lieu d'une grande lacune, on rencontre çà et là un système continu de fissures fines situées dans la couche superbasale ; ces fissures apparaissent grâce à une coloration appropriée ; elles annoncent une modification pathologique de l'assise cornée la plus profonde, juste au-dessus du centre de la vésicule. »

Enfin, avant de critiquer les auteurs qui précèdent et de prendre parti au milieu de toutes ces affirmations souvent si différentes, j'ai voulu me rendre compte, par moi-même, de ce qu'est l'anatomie pathologique de la dyshidrose. A cet effet, M. MARTINET, interne de M. Tenneson, a bien voulu pratiquer une biopsie sur la malade dont l'observation est rapportée plus loin au n° 31.

Cet examen microscopique tire un intérêt tout particulier de ce fait que la femme dont il s'agit était manifestement anhidrotique. Il n'est peut-être pas sans importance de

rapprocher ce cas de ceux qui précèdent et qui, à ce qu'il semble, intéressent tous des hyperhidrotiques.

« Une biopsie est donc faite dans la région palmaire, au niveau de l'éminence thénar, en un point où les vésicules sont très-confluentes. La pièce est fixée dans le sublimé pendant 24 heures, puis lavée à grande eau pendant 48 heures, placée ensuite dans l'acétone où elle séjourne 24 heures ; elle est enfin incluse dans la paraffine, après passage dans le xylol et une solution de xylol paraffiné. Les coupes subissent divers modes de coloration : hémateïne, hématoxyline-éosine, carmin lithiné, mais c'est la thionine phéniquée qui donne les meilleures préparations.

Les lésions portent toujours sur le derme et sur l'épiderme. Elles sont à considérer au niveau des vésicules et en dehors de ces dernières.

1° En dehors des vésicules.

Dans l'épiderme, il y a d'abord hyperkératose et épaissement de la couche cornée ; ensuite les cellules de la couche granuleuse confinant à la couche cornée sont très fortement colorées, les granulations d'éléidine y sont nombreuses, le noyau est atrophié. Quant aux cellules du corps muqueux, elles sont plus nombreuses, hyperplasiées, avec élargissement des espaces inter-cellulaires. Enfin, les cellules profondes de la couche génératrice confinant à la membrane basale sont petites et fortement colorées, le protoplasma et le noyau prennent les colorants, le noyau paraît en voie de division et les cellules en voie de multiplication très active : en certains points, elles forment quatre ou cinq rangées.

Dans le derme, les lésions sont surtout localisées à la région papillaire et sous-papillaire. Ces lésions sont caractérisées ainsi qu'il suit : le derme est infiltré par des cellules embryonnaires rondes et fusiformes fortement colorées ; celles-ci bourrent les espaces papillaires et se massent autour des vaisseaux, auxquels elles forment de véritables

manchons. Il en existe aussi en amas moins confluent dans les parties profondes du derme, dans la région des glandes sudoripares, surtout autour des vaisseaux.

Les papilles sont étroites, un peu étouffées par les bourgeons interpapillaires dont les cellules sont en voie de prolifération active.

A un faible grossissement, la limite inférieure de la lésion paraît très nette ; c'est la région sous-papillaire avec quelques amas aberrants dans les couches plus profondes.

2° Au niveau des vésicules.

Les vésicules sont situées dans cette partie de la couche de Malpighi qui avoisine la couche cornée, la plus superficielle, en somme, la couche granuleuse à éléidine.

Les vésicules les plus petites siègent toujours dans cette zone ; elles sont bordées sur tout leur pourtour par des cellules granuleuses dégénérées. Ces cellules s'aplatissent fortement. Sur les grosses vésicules, elles finissent par se souder comme les cellules de la couche cornée et par former ainsi une véritable paroi propre. A ce niveau, la couche cornée commence à s'exfolier ; elle est amincie, diminuée, soulevée par la vésicule sous-jacente ; elle s'amincit d'autant plus que la vésicule est plus volumineuse.

Les cellules de la couche granuleuse sont dégénérées ; les granulations ne se colorent plus, le protoplasma prend mal la couleur ; seul le noyau petit et rond se colore puissamment. Cette couche granuleuse est donc pâle au niveau des vésicules ; par là son aspect tranche nettement sur celui des régions non contiguës aux vésicules, car, dans ces régions-là, les cellules sont très fortement colorées. La zone granuleuse paraît donc interrompue au niveau des vésicules et la formation de ces dernières paraît intimement liée à la dégénérescence des cellules de cette zone.

La vésicule contient : des cellules embryonnaires parfois agglomérées en essaim, — des cellules de la couche gra-

nuleuse presque réduites à leur noyau, — un liquide séreux tenant en suspension de petites trainées de fibrine.

La couche du corps muqueux sous-jacente à la vésicule est bouleversée ; elle est envahie par une infiltration embryonnaire très dense qui en dissocie les cellules et qui bourre les espaces intercellulaires. Cette couche est d'autant plus aplatie que la vésicule est plus volumineuse.

Le derme subit à ce niveau son infiltration maxima ; on a là un véritable granulome très dense et très diffus, constitué par de petites cellules embryonnaires rondes pour la plupart et très fortement colorés.

Sur aucune des coupes examinées il n'a pu être constaté de connexion entre les conduits sudoraux et les vésicules. Par places, il existe une légère infiltration péricanaliculaire et périglomérulaire ; mais cette infiltration, non constante, est toujours fruste. Le calibre du canal est partout régulier ; les cellules aussi sont normales ; un certain nombre d'entre elles, cependant se colorent mal, le protoplasma restant pâle comme cela se rencontre dans les glandes arrivées au stade d'épuisement (1). »

Ainsi, les diverses recherches histologiques dont il vient d'être parlé sont loin d'avoir amené tous les auteurs à des conclusions identiques. Il importe donc de contrôler ces différentes affirmations les unes par les autres et de les soumettre à la critique. On pourra ainsi rejeter les opinions erronées, au fur et à mesure qu'elles seront démontrées telles et conserver seulement celles qui se présenteront avec un caractère suffisant de certitude.

Tout d'abord, on se rappelle que, pour les uns, la vésicule dyshidrotique résulte toujours de la distension de l'ap-

(1) Cette dernière constatation n'a rien qui doive étonner, puisqu'il s'agit, dans ce cas, d'une femme manifestement anhidrotique.

pareil sudoripare ; pour d'autres, au contraire, la vésicule se forme toujours en dehors de ce dernier appareil, lequel demeure sain. Or, les convictions sont inébranlables de part et d'autre et les divergences radicales sont formulées en termes catégoriques. Comme il est téméraire de taxer les uns ou les autres d'incompétence ou de mauvaise foi, il a semblé à quelques-uns que le plus sage était d'accepter telles quelles les affirmations des deux parties et d'admettre que ces deux groupes d'observateurs se sont trouvés en face de lésions véritablement différentes les unes des autres ; c'est, du moins, ce qu'ont incliné à croire Liveing et M. Hallopeau.

Une telle conclusion s'impose-t-elle ?

G. et F.-E. Hoggan ont bien montré que Crocker faisait un sophisme lorsqu'il disait : les vésicules siègent dans les régions interpapillaires ; or, les canaux sudoraux siègent précisément entre les papilles ; donc les vésicules siègent aux mêmes points que les canaux sudoraux et il y a coïncidence entre eux. Le vice de raisonnement ne saurait passer inaperçu : les canaux sudoraux ne remplissent pas *tout* l'espace compris entre deux papilles ; une vésicule peut se développer, sans doute entre deux papilles, mais en même temps aussi, entre deux canaux sudoraux, tout en laissant ces derniers intacts. Non seulement cette dernière disposition est anatomiquement possible, mais elle a été, en fait, très nettement observée par G. et F.-E. Hoggan dans les coupes mêmes de Crocker.

En outre, Crocker, en 1878, reconnaît que, dans ses 70 préparations, il a rencontré une seule vésicule indépendante de l'appareil sudoripare. Il accorde donc qu'il peut exister au moins une vésicule dyshidrotique qui soit formée autrement que par la dilatation du canal excréteur.

Il y a plus ; le même Crocker, en 1888, reconnaît qu'à côté des vésicules situées sur le trajet du conduit sudoral

(vésicules qu'il rapporte encore à un trouble de l'appareil sudoripare), on peut en rencontrer d'autres, beaucoup plus nombreuses qui ne communiquent pas avec ledit appareil. Crocker fait par là une concession très importante : ce qui n'était en 1878 qu'une infime et même unique exception, est regardé, dix ans après, comme la condition qui se réalise le plus souvent. Mais alors, si les vésicules dépendent les unes de l'appareil sudoral et les autres du réseau papillaire, c'est donc que le processus morbide ne se développerait pas suivant un mode identique à lui-même. Or, ne pourrait-on pas ramener à un mécanisme unique cette dualité peut-être apparente?

Williams prend soin de signaler qu'il a vu des vésicules siéger manifestement sur le trajet du canal excréteur; à première vue, il lui a paru hors de doute que ces mêmes vésicules étaient, en effet, des dilatations de l'appareil sudoripare. Cependant, après avoir examiné toutes ses coupes en séries, il a acquis la conviction que la réalité ne répondait pas à cette apparence et que le canal sudoral conservait sur tout son parcours son calibre normal, sa direction seule pouvant parfois être modifiée. Cette dernière particularité se comprend aisément : si, en effet, une vésicule se développe au voisinage d'un conduit sudoral, celui-ci est pressé et refoulé par la collection liquide sans cesse croissante; il en arrive ainsi à se placer soit devant, soit derrière la vésicule, parfois même à cheminer parallèlement et conjointement à la périphérie de cette dernière.

D'ailleurs Williams n'est pas le seul qui ait observé cette disposition. G et F. -E. Hoggan ont vu certains canaux sudoraux qui, écartés de leur chemin et rejetés de côté, formaient une sorte de croissant autour de la vésicule qu'ils longeaient sur une partie de sa circonférence. De même, Breda a remarqué que des canaux déviés par des vésicules qui grossissaient progressivement, inclinaient peu à peu

leur direction pour s'adapter exactement au contour curviligne des vésicules, tandis qu'ils restaient eux-mêmes tout à fait sains. Bien plus, le même auteur a constaté aussi dans quelques cas que le canal excréteur traversait une vésicule de part en part, à la manière d'un pont, tout en conservant un calibre normal, une paroi solide, en un mot, une intégrité complète. Pareillement, Robinson avait déjà rencontré un conduit sudoral, adjacent à deux vésicules, lequel était demeuré intact et empêchait par sa résistance la coalescence de celles-ci.

Concluons donc. Un grand nombre d'auteurs s'accordent à nier cette coïncidence entre le canal sudoral et la vésicule ; quelques-uns n'ont cru à cette coïncidence que parce qu'ils ont été les dupes d'une illusion ; maintenant que cette illusion est dissipée on peut affirmer les points suivants :

1° La vésicule dyshidrotique ne siège pas dans l'appareil sudoripare.

2° Il n'existe entre les vésicules et les canaux sudoraux aucune communication, quelle que soit la période à laquelle on considère le processus morbide ;

3° Aucun canal sudoral n'est dilaté ; le calibre de ces canaux reste partout régulier, leurs cellules sont normales ;

4° Il n'existe aucune trace d'inflammation à l'intérieur de la glande sudoripare.

5° Le processus dyshidrotique n'intéresse, à aucun moment de son évolution, l'appareil sudoripare proprement dit

Ces différentes affirmations ont pour garants : l'examen qu'en 1883 G. et F. - E. Hoggan ont fait des préparations présentées par Crocker, en 1878, à la Société pathologique de Londres, — les recherches minutieuses faites par Williams sur 229 coupes en séries, — la confirmation que viennent apporter à ce dernier les recherches de Robinson, Breda,

Santi, et de même aussi l'examen histologique que j'ai entrepris en collaboration avec M. Martinet (1).

Du même coup s'écroulent les diverses théories qui invoquent, pour expliquer le processus morbide, soit une inflammation primitive de la glande sudoripare, soit une hypersécrétion avec accumulation et stase de la sueur, soit une distension glandulaire ou canaliculaire, soit une obstruction de la lumière du conduit par des poussières atmosphériques ou par des débris épidermiques. De même on ne peut plus admettre cette opinion que la dyshidrose a une origine purement mécanique et qu'elle résulte de ce fait qu'il existerait constitutionnellement une disproportion entre la production exagérée de la sueur à un moment donné et le calibre des organes excréteurs (2).

Il est donc établi que les vésicules dyshidrotiques siègent en dehors de l'appareil sudoripare, mais à quel point précis et dans quelle couche cellulaire ?

Quelquefois on en a rencontré à la partie médiane du réseau de Malpighi, plus rarement encore à sa partie inférieure ; mais, dans l'immense majorité des cas, la vésicule est suprapapillaire et non interpapillaire. Breda affirme qu'elle débute toujours au niveau de la troisième couche de cellules épineuses. Pour d'autres, et, en particulier, pour Williams et Santi, la lésion est encore plus superficielle ; elle se trouve à la limite supérieure de la couche épineuse, juste au-dessous du stratum granulosum, lequel forme par son assise inférieure, le toit de la vésicule. D'après ces derniers auteurs, quelques vésicules se rencon-

(1) Pour plus de concision je prendrai, à l'avenir, la liberté de nous citer sous la rubrique Martinet-Farez.

(2) C'est l'opinion que L. Bonnet attribue à M. Besnier. Cf. Thèse de Paris, 1889, page 40.

trient aussi dans le stratum granulosum lui-même, mais ce sont les plus petites. Enfin, pour Martinet-Farez, elles sont toutes situées dans le stratum granulosum, immédiatement au-dessous de la couche cornée. En tout cas, l'on peut affirmer que les formations vésiculeuses siègent *toujours* dans la couche épithéliale, *presque toujours* au-dessus du sommet des papilles, dans la portion tout à fait supérieure de la couche de Malpighi, et *jamais* dans le derme.

Quel est maintenant le contenu de ces vésicules ? A ce sujet, les divergences apparaissent de nouveau. Aussi longtemps que les vésicules ont été considérées comme des dépendances du canal excréteur de la glande sudoripare, il a paru tout naturel d'admettre qu'elles contenaient de la sueur. Or, il semble que cette dernière opinion doive être abandonnée, depuis que l'interprétation de Fox et de ses disciples a été réfutée.

Cependant, les partisans à outrance de la théorie sudorale ne se tiennent pas pour battus. En effet, disent-ils, quand même il n'existerait pas de communication entre le canal excréteur et la vésicule dyshidrotique, celle-ci n'en serait pas moins constituée par une collection sudorale. Et c'est ce qu'ils s'efforcent de démontrer.

Les glandes dites sudoripares sont-elles, en réalité, comme on le croit communément, le siège d'une sécrétion de sueur, et ne remplissent-elles pas un autre rôle ? Cette question même est, dit-on, bien loin d'être éclaircie. Toutefois, les recherches de Unna et de Meissner (1) rendent, au moins, très vraisemblable cette opinion que les glomérules secrètent une substance grasseuse et non de la sueur.

(1) Cf : MEISSNER, zur Funktion der Knäueldrüsen, aus zwei vergessenen Arbeiten aus der klassischen Periode der Hautanatomie von UNNA. Ergänzungsheft Z. Monatsb. f. prakt. Derm. 1889. — UNNA's Entwicklungsgeschichte und Anatomie der Haut. Von ZIEMSEN, XIV Bd (*Hautkrankheiten*).

En effet, tout d'abord, les glandes sébacées se trouvent être, par rapport aux glandes « sudoripares », en nombre très restreint ; l'on comprend mal qu'elles puissent suffire à graisser toute la surface cutanée et, selon toute probabilité, au moins pour les auteurs citées plus haut, elles sont uniquement en rapport avec le système pileaire.

En outre, fait-on remarquer, il est certaines régions cutanées, comme la paume des mains ou la plante de pieds, lesquelles, d'une part, sont, à l'état normal, toujours bien graissées, quoique, d'autre part, elles ne possèdent aucune glande sébacée. Or, d'où peut bien provenir cette graisse, sinon du glomérule dit sudoripare ?

Mais alors, d'où vient la sueur ?

Pour Unna et Meissner, les pores sudoraux seraient les confluent de deux voies d'excrétion ; ils recevraient à la fois la graisse élaborée par le glomérule et la sueur issue des papilles. A partir des cellules épineuses il n'existe plus de canal à paroi propre ; la graisse et la sueur, venues chacune de leur source respective, cheminent de concert entre les interstices des cellules et elles arrivent à la surface cutanée, confondues l'une avec l'autre.

Sans nous prononcer sur la valeur des considérations qui précèdent, supposons qu'en effet elles soient exactes. Dans cette hypothèse, il est anatomiquement possible que, même en dehors de toute connexion avec l'appareil glomérulaire, une collection de liquide sudoral se forme dans l'épiderme et donne naissance à la vésicule dyshidrotique. Il reste alors à prouver que le processus morbide réalise véritablement ce que l'on vient de concevoir comme simplement possible. Ce sont les caractères chimiques du contenu vésiculaire qui vont servir d'arguments.

Or, prétend-on, le contenu vésiculaire est véritablement constitué par de la sueur, puisqu'il a constamment une réaction alcaline ; du moins, cette réaction a toujours été trou-

vée telle par Fox, Ogston, Broomhead, Taylor, Walther Smith, Buzzi, et d'autres encore (1).

Mais, objecte-t-on le liquide dyshidrotique a parfois fait rougir le papier bleu de tournesol. On replique alors que la réaction est toujours alcaline au début et que, si elle paraît acide, c'est seulement lorsque l'épiderme est macéré ou que les produits de la sécrétion sébacée se sont décomposés.

Cependant d'autres observateurs, en particulier Robinson et Bonnet, affirment d'une manière tout à fait catégorique que cette réaction n'est jamais alcaline ; pour eux, elle est, la plupart du temps, acide ; Bonnet l'a même parfois trouvée neutre. Elle était, aussi, manifestement neutre dans le cas de Pringle. Pour d'autres, enfin, cette réaction n'est pas constante ; elle peut être acide, alcaline ou neutre suivant les cas.

On voit donc que ce point est très controversé et qu'il donne lieu à des opinions diamétralement opposées.

D'ailleurs, avant de raisonner ainsi : « le liquide est de telle nature, parce qu'il présente telle réaction », encore faudrait-il être fixé sur la réaction même que doit présenter ce liquide que l'on prétend déterminer uniquement par la manière dont se comporte à son égard le papier de tournesol. Or, cela même n'a pu être résolu.

En effet, les recherches de Landois, Luchsinger, Trumpy (1) paraissaient avoir définitivement établi que la réaction de la sueur fraîche est toujours alcaline. Mais Tourton vient prétendre que cette conclusion est erronée. En vain lui objecte-t-on l'alcalinité constante de la sueur provoquée par l'administration de la pilocarpine ; il s'agit là, répond-il, d'une sueur pathologique ; la sueur normale, au contraire, a toujours une réaction acide, cela découle avec

(1) Cf. SANTI, loco citato, passim. — Cf. infra, obs. 3, 4, 5.

(2) Cf. SANTI, loco citato, p. 168. — ERNST HEUSS, Die Reaktion des Schweisses beim gesunden Menschen, *Monatshefte für praktische Dermatologie*, Bd XIV, 1892, n° 9, p. 343-359, — n° 10, p. 400-401.

certitude, selon lui, des expériences minutieuses qu'il a réalisées (1).

Donc, en résumé ; les auteurs ne s'accordent pas sur la détermination de la réaction dyshidrotique ; — quand même ils seraient tous d'accord, ils n'auraient pas le droit d'en inférer qu'il s'agit ou qu'il ne s'agit pas de sueur, puisque la réaction de la sueur n'est pas elle-même élucidée. Peut-être, en outre, est-il tout à fait impossible de recueillir de la sueur pure, soit à cause de la macération épidermique et de la décomposition des produits sébacés, soit en raison, précisément, de la disposition anatomique dont il a été parlé plus haut, et d'après laquelle la sueur serait mélangée à des produits hétérogènes, déjà au moment où elle s'insinue entre les cellules épineuses, avant même de venir sourdre à la surface cutanée. Enfin, d'après M. Besnier, on aurait tort d'attacher une grande importance à la réaction des liquides vésiculeux, car, affirme-t-il, c'est la règle que cette réaction soit éminemment variable (1).

C'est donc ailleurs qu'il faut aller chercher des lumières au sujet de la composition du liquide dyshidrotique. Or, ce que l'étude des réactions chimiques n'a pas fait connaître, l'anatomie pathologique le découvre.

Robinson avait déjà affirmé que la vésicule contient non pas de la sueur, mais du sérum, car il était parvenu à y coaguler de l'albumine ; l'examen microscopique vient lui donner raison. On rencontre, en effet, dans la vésicule : d'une part, un liquide séreux tenant en suspension des trainées de fibrine, puis des éléments désignés par les auteurs sous les noms de leucocytes, cellules embryonnaires, cellules migratrices ; — d'autre part, des noyaux épithéliaux dérivant des cellules dégénérées de la couche granu-

(1) J. TOURTON, Essai sur la réaction de la sueur, Thèse de Lyon, 1879.

(2) Cf. Bonnet. Thèse de Paris, 1889, p. 18.

leuse et de la couche épineuse ; en outre, des débris du réticulum normal en voie de dégénérescence granuleuse. Il est manifeste que le premier groupe d'éléments est le résultat d'une exsudation qui s'est effectuée à travers les parois des vaisseaux sanguins ; le second groupe est un reliquat des désordres qu'apporte cet exsudat dans les régions épithéliales où il se rassemble en grande abondance.

Quel est donc le processus suivant lequel la vésicule parvient à se constituer, quel retentissement en résulte-t-il pour les éléments circumvoisins, quel est aussi le mode de disparition de la vésicule qui a atteint sa période d'acmé. Voici quels sont les points essentiels qu'il convient de retenir des descriptions précédemment rapportées.

Le sérum transsude, entraînant avec lui de la fibrine, des leucocytes, etc. Ces divers éléments s'insinuent et cheminent dans les espaces intercellulaires de la couche épineuse, en les élargissant de plus en plus. Considérons à part un des espaces lymphatiques. Sous la pression sans cesse croissante du liquide exsudé, les épines s'allongent et deviennent étroites ; elles s'amincissent, puis finissent par céder et se rompre. L'œdème interépithélial fait que les cellules épineuses contiguës à l'espace lymphatique s'éloignent progressivement. En effet, ces cellules sont soumises à ce même mécanisme de compression croissante qui a déjà amené la rupture des épines ; d'abord tuméfiées et gonflées, elles s'amincissent, s'allongent, s'étirent, deviennent étroites et restiformes, leur protoplasma se liquéfie peu à peu. C'est alors qu'on se trouve en présence d'une vésicule jeune, contenant le premier groupe d'éléments énumérés plus haut ; elle est limitée, à ce moment, par le large système réticulé que forment les cellules épineuses atteintes par la nécrose de colliquation.

Au fur et à mesure que la vésicule vieillit et que la collection liquide augmente, ce système réticulé a de plus en

plus à souffrir de la pression sans cesse croissante ; il finit par s'affaïsser et ses débris se dispersent çà et là dans le contenu vésiculeux. Il n'y a donc plus maintenant aucun système réticulé qui limite la vésicule ; mais, en revanche, les cellules épineuses situées sur le pourtour modifient leur forme sous l'influence de la compression : allongées, aplaties, amincies, elles en arrivent à se souder entre elles, comme le font les cellules de la couche cornée ; elles constituent ainsi une véritable paroi propre.

Lorsque deux vésicules sont très proches l'une de l'autre, les assises cellulaires qui les séparent ont à subir une double compression de la part des deux contenus vésiculeux ; cette sorte de paroi qui constitue une barrière limitante s'amincit de plus en plus et finit par se rompre ; les deux vésicules deviennent ainsi coalescentes. Ce processus de coalescence peut atteindre un assez grand nombre d'éléments vésiculeux.

La vésicule qui, dans les premiers stades de son évolution, ne s'étendait que sur la largeur de cinq à dix cellules, peut, une fois parvenue à sa période d'état, occuper presque toute la hauteur de la couche épineuse. Au-dessous d'elle, souvent il n'existe plus qu'un mince ruban de cellules épineuses fortement comprimées et aplaties par la pression croissante ; c'est ce ruban qui constitue le fond de la vésicule ; il est d'autant plus aplati que cette dernière est plus volumineuse.

Le toit de la vésicule est constitué d'abord par le stratum granulosum, puis, à la période d'acmé, par la couche cornée.

La vésicule s'accroît par en haut et par en bas ; elle se rapproche ainsi à la fois de la couche cornée et du chorion ; mais elle atteint vite la couche cornée, laquelle lui oppose alors une barrière infranchissable ; la vésicule ne peut donc plus prendre de l'extension qu'en bas d'elle-même. Or, de ce côté, elle s'accroît parfois au point d'atteindre la base de

la couche épineuse dont il ne reste plus qu'un très mince ruban. En même temps, la vésicule s'est développée par côtés, prenant une forme de plus en plus sphérique à mesure qu'elle augmente de volume.

Le processus exsudatif dont il a été parlé plus haut, ne se limite pas à la seule vésicule. Tout autour de cette dernière, par côtés, en haut, mais plus spécialement au-dessous d'elle, se manifeste une abondante infiltration leucocytaire ; en même temps, de nombreuses cellules sont hyperplasiées.

Dans le voisinage de la vésicule complètement constituée, se rencontrent des espaces lymphatiques qui ne se sont pas modifiés au point de donner lieu à une vésicule, mais qui présentent néanmoins les premiers stades du processus de vésiculation. Ils manifestent, en effet, quoique à un moindre degré, le même œdème interépithélial ; eux aussi sont distendus et, comme la vésicule, ils contiennent du sérum, de la fibrine, des leucocytes, des cellules migratrices ou embryonnaires. Williams appelle « spirales d'Herxheimer » les traînées fibrineuses qui se rencontrent dans les espaces lymphatiques les plus proches des vésicules. La constance de ces spirales est telle que, dès qu'on les rencontre, on peut affirmer la proximité d'une vésicule ou toute formée, ou en train de se former. Mais, au fur et à mesure qu'on s'éloigne de la vésicule, les spirales diminuent peu à peu pour disparaître bientôt tout à fait.

Ces diverses manifestations de l'inflammation épithéliale se rencontrent surtout lorsque les vésicules sont dans leur période progressive. Lorsque le stade de régression est atteint, ces divers phénomènes subissent une atténuation considérable. Les troubles sont extrêmement légers et, pour ainsi dire, nuls dans les régions épidermiques où il n'existe pas de vésicules.

Les couches profondes du derme sont, elles aussi, à peu

près indemnes. Toutefois, la couche papillaire présente des modifications particulières et constantes. En effet, le réseau vasculaire superficiel, tous les petits vaisseaux qui en émanent, les capillaires et les fissures lymphatiques du corps papillaire sont manifestement dilatés, sinon au début, au moins lorsque, pour subvenir à l'accroissement incessant de la vésicule, ils ont à fournir une exsudation plus abondante. En même temps, tout le système dont il vient d'être parlé est fortement infiltré : tout le long de ces vaisseaux, on voit s'étagier un grand nombre de leucocytes et de cellules migratrices qui donnent l'aspect de véritables manchons.

Or, toute cette inflammation vasculaire est seulement papillaire et sous-papillaire ; rarement on la rencontre autour des vaisseaux plus profondément situés : elle n'est d'ailleurs dans ces derniers cas qu'extrêmement légère, et, pour ainsi dire, fruste.

Telles sont les périodes de progression et d'état. Voyons maintenant comment s'effectue la régression.

Au bout d'une durée qui varie entre cinq, six, huit et même dix jours, l'exsudat liquide se dessèche ; il ne reste plus guère à l'intérieur de la vésicule que des noyaux épithéliaux renfermés dans une masse de tissu coagulé et nécrosé. En même temps, il se forme, juste au-dessous de la vésicule, une nouvelle couche de cellules cornées, plus bas des cellules granuleuses, et plus inférieurement encore, trois ou quatre couches de cellules épineuses. Ce nouvel épithélium sous-vésiculaire soulève vers le haut le contenu modifié de la vésicule. Celui-ci est en outre fortement comprimé sur les côtés par la prolifération cellulaire des couches granuleuse et épineuse. Il en résulte que la couche cornée sus-jacente subit une forte pression de bas en haut, elle s'aminuit de plus en plus et disparaît peu à peu par desquamation, en même temps que s'élimine aussi au dehors l'exsudat

desséché de la vésicule. A la place de cette dernière, les nouvelles couches épithéliales signalées plus haut prolifèrent abondamment ; pendant tout le temps que dure ce travail de régénération épidermique, les régions qu'ont occupées les anciennes vésicules demeurent rouges et sensibles à la pression.

En lisant les diverses descriptions histologiques rapportées au début de ce chapitre, on a pu s'apercevoir qu'il existait aussi parfois une certaine infiltration autour de l'appareil sudoripare. Cette constatation paraît contredire une des conclusions précédemment posées, à savoir que l'appareil sudoripare ne participe en rien au processus dyshidrotique. En outre, cette même constatation fournit une arme nouvelle aux partisans de la théorie sudorale, lesquels n'ont pas encore renoncé à la lutte. Sans nier l'inflammation des vaisseaux papillaires ; ils déclarent que cette dernière n'est que la répercussion d'une inflammation qui partirait des glandes sudoripares.

Or, dans tous ces cas, l'appareil sudoripare proprement dit, en tant que glomérule sécréteur et canal excréteur, a été reconnu normal ; il paraît entouré d'une inflammation précisément à cause de ce fait, que le conduit sudoral suit dans la peau le même trajet que les vaisseaux. Soit, répond-on, accordons ce point ; mais, ce qu'on ne peut nier c'est l'infiltration de ces mêmes vaisseaux sudoraux ; c'est d'eux par conséquent, qu'à dû partir l'inflammation pour, de là, s'étendre consécutivement aux vaisseaux papillaires.

Mais l'infiltration péricanaliculaire se rencontre seulement lorsque le canal sudoral passe dans le voisinage d'une vésicule. En outre, cette infiltration n'est pas constante ; quand elle existe, elle est très légère, beaucoup plus légère en tous cas que celle des vaisseaux papillaires.

Pour ces raisons, l'on ne saurait admettre que l'inflam-

mation s'est propagée des vaisseaux sudoraux aux vaisseaux papillaires ; c'est, au contraire, l'inverse qui a lieu, et cela n'est pas étonnant puisque ces mêmes vaisseaux përisudoraux sont une émanation du réseau papillaire primitivement enflammé. Les partisans de la théorie sudorale devront bien s'y résigner ; aucune de leurs tentatives pour faire remonter à flot leur théorie ne saurait prévaloir contre les faits minutieusement observés par Williams, Santi et autres (1).

(1) Il reste à se prononcer sur ce dernier point : une vésicule située à proximité du canal sudoral peut-elle comprimer et distendre la paroi de ce dernier, au point de la faire éclater ?

G. et F.-E. Hoggan admettent la réalité de cette rupture : Dans ce cas se trouverait constituée la dyshidrose au sens où l'entendait T. Fox ; en effet la sécrétion sudorale pourrait alors se répandre dans la cavité vésiculaire.

Or, en soi, cette complication ultérieure n'offre *a priori* rien d'impossible, et l'on n'a pas le droit d'affirmer qu'elle ne peut pas se rencontrer. Cependant, il faut rappeler les faits suivants : le canal excréteur peut être situé entre deux vésicules, rester intact et opposer une barrière assez puissante pour empêcher la coalescence de ces deux vésicules, (Robinson) ; — de même, le canal excréteur peut, tout en conservant sa complète intégrité, traverser une vésicule de part en part (Breda). De là, il semble résulter que l'épithélium du canal excréteur possède une résistance bien plus grande que celle de l'épithélium environnant ainsi cette lésion de voisinage, si elle peut se rencontrer, n'est pas aussi fréquente qu'on veut bien le dire. Santi accorde que parfois, si les circonstances s'y prêtent, la vésicule communique avec le canal excréteur ; mais il estime que, dans ces cas, une destruction expresse du canal excréteur a dû se manifester, au préalable.

Quoi qu'il en soit, si le canal excréteur peut être affecté, comme le prétendent G. et F.-E. Hoggan, il ne peut l'être que pas hasard et par accident ; ce n'est jamais là qu'une lésion tout à fait secondaire et qui, en aucune façon, ne fait partie de l'évolution morbide. Donc l'on ne continue pas moins à avoir le droit d'affirmer que les glandes sudoripares n'ont rien à voir avec le processus dyshidrotique proprement dit.

Citons également, pour mémoire, une autre opinion des mêmes auteurs ; d'après eux, c'est dans une ou plusieurs cellules de la couche

Donc, d'une manière générale, il existe un processus inflammatoire, sans doute, le plus souvent, modéré et superficiel, mais indéniable, mais constant, lequel se limite tout près de la couche papillaire. Cette inflammation se manifeste par des troubles circulatoires comme la dilatation des vaisseaux, par la diapédèse des globules blancs, par une exsudation séreuse et fibrineuse, par l'infiltration et la prolifération de cellules épithéliales, etc. Or cela c'est le fait; quelle est maintenant la raison de ce fait? Comme disaient les Grecs, étant donné τὸ τί quel est τὸ διότι?

A ce sujet, nous nous trouvons en présence de deux théories très différentes: d'une part, celle que, d'un commun accord, admettent Robinson, Williams, Santi, Breda, etc.; d'autre part, celle qu'a tout récemment formulée Unna dans son *Histologie pathologique des maladies de la peau*. Pour les premiers, cette inflammation est d'origine interne: elle est sous la dépendance du système nerveux; pour Unna, l'inflammation vasculaire est consécutive à une infection localisée dans la couche cornée. Il convient maintenant d'exposer ces deux théories pathogénétiques, et de prendre parti pour l'une ou pour l'autre.

Il est à remarquer qu'un grand nombre d'arguments militent en faveur de l'interprétation de Robinson et de Santi; c'est l'existence fréquente de certains troubles nerveux;

réelles et constantes, quoique moins apparentes, surtout au début; or, ces dernières sont passées inaperçues pour G. et F.-E. Hoggan. Quant à l'autre affirmation, elle est formellement contredite par l'examen histologique; c'est, à n'en plus douter, du sérum (et d'autres éléments issus des vaisseaux sanguins) que contient la vésicule épineuse qui se manifesterait le début du processus dyshidrotique; la vésicule ne contiendrait d'abord ni sérum, ni sueur, mais ces deux liquides pourraient y pénétrer par la suite. Or, s'il est manifeste que les lésions cellulaires sont celles qui se traduisent par les caractères cliniques les plus appréciables, les lésions papillaires sont cependant

c'est la symétrie et la bilatéralité de l'éruption vésiculeuse, son développement rapide (parfois en une nuit), l'inefficacité de tout traitement local ou de toute médication interne, la tendance à la guérison spontanée, comme aussi aux récurrences répétées ; ce sont les sensations douloureuses (chaleur, prurit) ; c'est l'exagération ou la diminution extraordinaires de l'hidrose ; c'est l'importance des commotions, des secousses, des émotions violentes, etc.

Il est donc manifeste que tout cela dépend d'un trouble nerveux. Ce dernier se traduit surtout à la périphérie, ainsi qu'en témoignent les lésions trophonévrotiques de la peau, des ongles, etc. Or la trophonévrose implique une circulation anormale, laquelle dépend d'un trouble vaso-moteur ; c'est d'ailleurs ce que confirme la coexistence constante du dermatographisme.

Pour toutes ces raisons, l'on peut, semble-t-il, admettre que l'éruption dyshidrotique est conditionnée par un trouble vaso-moteur ; celui-ci produit donc l'inflammation vasculaire, laquelle rendra ultérieurement possible l'évolution du processus vésiculeux.

Unna, de son côté, ne nie certes pas l'inflammation vasculaire, mais celle-ci, d'après lui, n'est jamais que secondaire et consécutive à une inflammation primitive, superficielle, locale, d'origine infectieuse et dont le parasite réside dans la couche cornée superbasale. Donnons la parole à notre auteur.

« Lorsque, dit-il, la vésicule est constituée, les bacilles se rencontrent à la fois dans la portion superbasale de la couche cornée, dans le toit de la vésicule et dans l'exsudat de cette dernière. Quelquefois on les trouve isolés, d'autres fois ils sont au nombre de deux et même de quatre. C'est par la méthode iodée (Jodmethod) qu'on les découvre le mieux. Ils ont à peu près la longueur des bacilles tuberculeux ($2\frac{1}{2}$ à $3\frac{1}{2}$ μ), mais ils sont plus larges ($\frac{1}{2}$ à $\frac{2}{3}$ de μ).

« Très souvent ils sont situés au nombre de trois, l'un derrière l'autre, formant ainsi une ligne brisée d'une longueur de 6 à 8 μ . Dans l'intérieur de la vésicule on les trouve à l'état isolé, inclus dans la fibrine ; au contraire, dans le toit vésiculaire, c'est-à-dire dans la couche cornée basale, on les rencontre par groupes de quatre et même six.

« Toujours ils se présentent comme les staphylocoques de l'impétigo, mais en nombre inférieur, et ils doivent, par ce fait, pouvoir exercer d'importantes actions chimiotaxiques. Leur constance est digne de remarque. Grâce à une coloration supplémentaire, j'ai pu les mettre en évidence dans toutes les vésicules qui subsistaient encore des coupes de Williams et de Santi (1).

« En dehors de ces bacilles bien constitués, on rencontre encore à l'état isolé dans les vésicules des formes ovoïdes ayant la longueur des bacilles et une largeur à peu près double ; elles se colorent aussi par la méthode de la gentiane et de l'iode ; je les considère comme des bacilles gonflés et en voie de destruction. Je n'ai pas trouvé d'autres organismes.

« Ce qui parle en faveur de leur signification pathologique, c'est non seulement la présence constante des bacilles dans les vésicules, mais encore ce fait qu'ils apparaissent dans la couche cornée superbasale, au dessus même du toit de la vésicule. »

Cela étant posé, voici comment Unna expose la pathogénèse de cette affection (2).

Chez certains individus, l'épaisse couche cornée de la paume des mains contient une espèce déterminée de bacilles pathophores, lesquels mènent une existence latente.

(1) On se rappelle que les examens de Williams et de Sanit ont été faits à Hambourg, dans le laboratoire même de Unna.

(2) Cf. Unna, *Die Histopathologie der Hautkrankheiten*, Berlin, Hirschwald, 1894, p. 182-186.

Que pendant l'été ou dans le cours d'une maladie survienne une abondante transpiration, aussitôt ces bacilles prolifèrent tout autour des pores sudoraux ; puis quelques cellules basales se macèrent et se ramollissent ; alors intervient le grattage qui provoque un appel chimiotaxique.

Il faut savoir, en effet, que, d'après Unna, la chimiotaxie désigne la propriété qui appartient aux microorganismes, à leurs sécrétions et plus généralement à des substances quelconques, d'exercer une attraction ou une répulsion à l'égard des leucocytes ; la chimiotaxie est donc, suivant les cas, positive ou négative ; elle est parfois indifférente. Or, il peut y avoir appel non seulement de leucocytes, mais encore de fibrine de sérum, etc. Ces différents phénomènes, dénommés leucotaxie, sérotaxie, fibrinotaxie, etc., rendent compte de toutes les inflammations quel qu'en ait été l'agent provocateur. Cet appel chimiotaxique est électif et produit des exsudats de constitution diverse (1).

La formation de la vésicule dyshidrotique offre, d'après Unna, l'image la plus frappante de la chimiotaxie. Ainsi, dans le cas qui nous occupe, la sérotaxie, la leucotaxie et la fibrinotaxie, expliquent la diversité des substances contenues dans l'intérieur de la vésicule. Lors de l'hyperplasie et de la prolifération des cellules épineuses, les bacilles envahissent les régions sous-jacentes à la couche cornée et s'éparpillent dans les vésicules ; celles-ci augmentent de volume jusqu'à ce que les bacilles meurent, ce qui a lieu, en général, au bout d'une semaine ; puis les vésicules s'enkystent dans une couche cornée plus jeune et la poussée de dyshidrose est achevée. La période de régression s'effectue comme il a été dit précédemment.

(1) Cf. DARIER. « L'histologie pathologique des maladies de la peau, d'après les travaux de M. Unna » ; analyse critique ; — Extrait des *Annales de Dermatologie*, 1895-1893, Paris, Masson, 92 pages.

Par cette théorie Unna se flatte de pouvoir concilier les points de vue opposés de Robinson-Williams-Santi et de Fox-Crocker; avec les premiers, en effet, il admet qu'il s'agit, non pas de kystes sudoraux, mais de vésicules à contenu transsudé des vaisseaux; il accorde, par contre, aux seconds que l'apparition des vésicules dyshidrotiques se manifeste dans le voisinage des pores sudoraux, à la suite de l'hyperhidrose.

Que faut-il penser de cette interprétation ?

Elle repose en somme sur les quatre affirmations suivantes :

1° L'existence des bacilles.

2° La prolifération de ces bacilles rendue possible par la concomitance des trois conditions suivantes : hyperhidrose, macération, grattage.

3° L'existence constante d'une solution de continuité qui siège dans la couche cornée superbasale et qui permet ainsi aux bacilles de gagner la couche granuleuse, puis la couche épineuse.

4° L'appel de l'exsudat en vertu des lois de la chimiotaxie.

Examinons-les l'une après l'autre.

Tout d'abord, on n'a pas le droit d'affirmer qu'un micro-organisme est « pathophore », en invoquant uniquement les caractères qu'il présente et le siège qu'il occupe sur les coupes. Unna n'a pas institué toute la série des manœuvres bactériologiques auxquelles il est indispensable de recourir avant de tirer une conclusion; il n'a ni cultivé, ni inoculé ces prétendus bacilles spéciaux. Donc, tant que la confirmation expérimentale n'aura pas été obtenue et dûment constatée, il ne sera pas légitime d'affirmer que ces bacilles, s'ils existent réellement, sont la cause de la dermatose. D'ailleurs, Unna a soin de faire intervenir le grattage comme un des facteurs du processus inflammatoire; dès lors, il n'est pas impossible que ce grattage provoque

une infection secondaire accidentelle, surajoutée; le soupçon que cette dernière ait existé, subsiste toujours dans l'esprit et l'on ne voit pas que Unna se soit suffisamment prémuni contre cette cause d'erreur toujours possible.

En outre, Unna prétend que l'hyperhidrose est constante. Or, cette affirmation, longtemps admise sans conteste, est contraire à certains faits nettement observés. Sans doute, la dyshidrose s'accompagne souvent, très souvent même, d'hyperhidrose; mais celle-ci est un phénomène secondaire, qui ne fait pas essentiellement partie, qui n'est ni un des échelons, ni une des étapes du processus dyshidrotique. Et cela est si vrai que la dyshidrose se rencontre chez des personnes manifestement anhidrotiques. Le fait n'est pas tellement rare que je n'aie pu en recueillir 7 observations authentiques. Si donc l'hyperhidrose, à ce qu'on prétend, est indispensable à la prolifération bacillaire, comment celle-ci peut-elle se produire dans les cas d'anhidrose, lorsque, par conséquent, la macération épidermique n'existe pas. On sait également que certaines poussées dyshidrotiques ne s'accompagnent d'aucun prurit et ainsi ne provoquent pas le grattage. Parfois l'individu porteur d'une éruption de dyshidrose en ignore l'existence. Souvent la poussée s'installe en une nuit et le malade, en s'éveillant, remarque avec étonnement que ses mains sont constellées de vésicules; il s'en rend compte par la vue ou par le toucher, mais aucun phénomène subjectif ne l'en avait averti. Si donc, dans ces cas, le grattage n'intervient en aucune façon, il faut chercher ailleurs que dans ce facteur la cause qui a pu mettre en branle le processus inflammatoire.

De plus, la solution de continuité « en goulot de bouteille » existerait, prétend-on, d'une manière constante dans la couche cornée (1); or, aucun auteur ne l'a jamais signa-

(1) Cf. supra, page 75.

lée ; elle a échappé à Williams et à Santi qui, pourtant, ont fait des coupes assez nombreuses sur les pièces mêmes qu'Unna a reprises quelques années après pour les examiner à nouveau. En tous cas, cette solution paraît bien hypothétique. On se rappelle, en effet, que dans l'examen de Martinet-Farez, les cellules granuleuses étaient dégénérées et leur protoplasma prenait mal la couleur ; dans le voisinage des vésicules, cette couche était pâle, son aspect tranchait avec celui qu'elle présentait dans les parties non contiguës aux vésicules ; cette pâleur liée à la dégénérescence cellulaire pouvait, au premier abord, faire croire que la zone granuleuse était véritablement interrompue ; c'est peut-être une apparence analogue qui a fait illusion à Unna.

Reste enfin la chimiotaxie qui sert à Unna de fil conducteur et d'axiome incontesté dans l'étude des inflammations. Or, comme le montre M. Darier (1), l'intervention d'une substance chimiotaxique n'est pas indispensable pour mettre les leucocytes en mouvement, car la diapédèse et la migration des globules blancs est un phénomène physiologique. Il n'y a donc, entre cette diapédèse normale des leucocytes et la prétendue attraction chimiotaxique de ces mêmes leucocytes, qu'une différence de plus et de moins ; tout cela ne comporte, en somme, que des degrés divers, souvent bien difficiles à apprécier. A la rigueur on peut, cependant, accorder une certaine valeur à la chimiotaxie des leucocytes ou leucotaxie, si l'on considère que ces leucocytes ont une mobilité propre et une sensibilité très délicate. Mais il n'en est pas de même du sérum et de la fibrine ; on conçoit mal, en effet qu'une action d'appel puisse exercer quelque influence sur des éléments dont la nature est si différente de celle des leucocytes ; on comprend difficilement que la transsudation de sérum ou

(1) *Loco citato*, p. 84.

de fibrine puisse s'effectuer autrement que par une action sur les vaisseaux eux-mêmes. Cette sérotaxie et cette fibri-notaxie sont donc, au moins, étranges ; elles constituent des postulats que rien encore n'est venu légitimer.

Par conséquent, l'interprétation de Unna doit être considérée comme une construction de l'esprit, une hypothèse ingénieuse, sans doute, originale et intéressante, mais, en tous cas, hasardeuse. D'ailleurs, ce n'est pas la première fois que cet esprit, si vaste et si compréhensif, met sur le même pied des faits certains, prouvés, indiscutables et des faits nouveaux qui attendent encore leur confirmation.

Il faut donc abandonner la théorie bacillaire et en revenir à l'interprétation nerveuse. Celle-ci offre le mérite, non seulement de rallier un assez grand nombre de dermatologistes très compétents, mais aussi de rendre clairement compte des faits observés, sans que surgisse aucune objection sérieuse.

Donc, il paraît très probable que la dyshidrose est une dermatose vaso-motrice. Mais le trouble nerveux qu'elle suppose, est-il périphérique ou central, est-il localisé ou généralisé ? En outre, d'où vient-il, qu'est-ce qui le produit, apparaît-il d'emblée, suivant un mode aigu, ou bien n'est-il que l'exacerbation d'un état chronique et latent ?

Toutes ces questions se posent ; elles ont toujours paru très difficiles à résoudre, et les auteurs, en général, les ont éludées. Essayons cependant, pour compléter ce chapitre, de nous faire à leur sujet, une opinion au moins probable et capable de satisfaire l'esprit.

D'abord, rappelons-nous que la dyshidrose est souvent sous la dépendance de phénomènes réflexes, comme la fluxion menstruelle ; de plus, les chocs psychiques, les émotions violentes et subites occupent une grande place parmi les causes qui provoquent l'éclosion de cette derma-

lose. Celle-ci ne dépend donc pas uniquement d'un trouble nerveux périphérique, la moelle et l'encéphale y participent. Du moins, est-ce là une conjecture très vraisemblable.

Essayons cependant d'aller plus loin.

M. Bouchard, en 1891, a injecté de l'« anectasine », c'est-à-dire un produit tiré des sécrétions du bacille pyocyanique ; par ce moyen, il a pu, chez les sujets sur lesquels il expérimentait, supprimer l'issue du plasma sanguin à travers les vaisseaux, la diapédèse des globules blancs et rouges, etc., bref, tous les phénomènes caractéristiques de l'inflammation (1). D'autre part, MM. Charrin, Gamaléia et Gley (2) ont observé que si un produit bactérien paralyse le centre vaso-dilatateur, aussitôt sont supprimés et la dilatation vasculaire, et la diapédèse locale, et l'issue du plasma, etc.

Par contre, l'« ectasine », produit retiré de la tuberculine de Koch, présente des effets opposés ; c'est l'antagoniste de l'« anectasine », car elle exalte le centre dilatateur et, par suite, elle accroît l'intensité de la dilatation vasculaire, de la diapédèse globuleuse, de l'exsudation séreuse.

Des essais de ce genre ont, en outre, été faits avec des produits sécrétés par le staphylocoque (3) ou par le bacille intestinal d'Escherich (Morat de Lyon et Gilbert) (4).

Ce qu'il faut retenir, de ces expériences, c'est qu'elles permettent de poser les conclusions suivantes :

1° Les toxines élaborées dans l'organisme et surtout dans l'appareil digestif produisent, après avoir été absorbées, soit la parésie, soit l'éréthisme des centres vaso-moteurs.

(1) Communication faite le 26 octobre 1891 à l'Académie des Sciences sur les actions vaso-motrices des produits bactériens.

(2) Archives de Physiologie, octobre 1890, janvier 1891.

(3) Arloing, Académie des Sciences, 7 septembre 1891.

(4) Société de biologie, 1893. — Cf. BARTHÉLEMY. Le Dermographe, Paris, 1893, p. 50.

2° Cet état de paralysie ou d'excitation existe virtuellement sur toute la surface cutanée.

3° Il se manifeste plus particulièrement dans les régions où ses effets sont sollicités par une irritation locale.

4° Parfois aussi, il se manifeste sans qu'aucune irritation l'ait provoqué.

Cela posé, revenons à nos cas de dyshidrose. Nous avons vu que le dermatographisme, y est constant. Or, le dermatographisme, comme l'a montré M. Barthélemy, est une dermatose toxi-vaso-motrice ; chez tous les sujets où il se manifeste, il implique la production et la résorption de produits toxiques. D'ailleurs, quand bien même le dermatographisme ne serait qu'un syndrome accidentel, il suffit de considérer que nos malades sont des neuro-arthritiques. Or, de ce fait, chez eux, les digestions sont pénibles, les fermentations anormales fréquentes ; le *bacterium coli commune* existe par milliards dans l'intestin ; il y pullule et secrète des toxines. En outre, la nutrition de ces malades subit un ralentissement général ; les oxydations sont incomplètes ; les matériaux de désassimilation, imparfaitement transformés, s'accumulent dans l'organisme, sorte de « scories » résultant de combustions défectueuses. Les produits toxiques, élaborés par l'individu lui-même, s'éliminent très difficilement ; ils se résorbent et se répandent dans l'économie, produisant ainsi une intoxication permanente. Or, le système nerveux est une « véritable sensitive » à l'égard de ces poisons ; c'est à lui que ces derniers s'attaquent ; c'est pour cela qu'il devient tout particulièrement impressionnable, vibrant, susceptible, vulnérable et peu résistant. Le trouble nerveux ne paraît donc pas être simplement périphérique, comme l'ont cru certains.

Or, nous nous trouvons en présence de cas analogues à ceux que M. Bouchard et ses successeurs ont réalisé expérimentalement. L'imprégnation des centres vaso-moteurs par

les produits toxiques provoque, à ce que l'on est en droit de conjecturer, soit l'éréthisme, soit la parésie du centre. Ce trouble peut-être latent et passer longtemps inaperçu (1).

Mais, s'il survient, soit une émotion violente qui provoque la rupture de l'équilibre nerveux, soit une grande dépression consécutive à un excès de fatigue, soit une excitation extérieure mécanique, calorique ou chimique, soit un trouble gastrique qui répande dans l'organisme des poisons plus toxiques et plus abondants que de coutume, alors, la névrose, de chronique qu'elle était, devient paroxystique ; et, sous l'influence de ces diverses sollicitations, apparaît à la périphérie le trouble vaso-moteur auquel succèdera le processus vésiculeux de la dyshidrose.

Dès lors, on peut hasarder une explication de la pathogénie de la dyshidrose : non seulement cette dermatose serait en rapport avec un trouble nerveux, non seulement ce trouble nerveux se manifesterait par des modifications vaso-motrices, mais, encore, ces modifications vaso-motrices seraient sous la dépendance de produits toxiques élaborés par l'organisme et résorbés dans l'économie.

La dyshidrose pourrait donc être considérée comme une dermatose *vaso-motrice toxique* ou *toxi-vaso-motrice*, une *neurótoxidermite*.

(1) Dans la dyshidrose, la dilatation vasculaire est constante ; or, cette dernière peut se rapporter soit à l'excitation du centre vaso-dilatateur, soit à la parésie du centre vaso-constricteur, — à une dilatation active ou à une dilatation névro-paralytique avec atonie vasculaire. La solution de cette question n'est, certes, pas aisée. Mais, *a priori*, rien n'empêche que, suivant la nature des substances toxiques, ce soit tantôt l'un et tantôt l'autre de ces troubles qui se réalise. Or, dans les expériences indiquées plus haut, il n'est fait mention que de la vaso-dilatation. A ce point de vue, c'est l'excitation du centre vaso-dilatateur qui, seule, serait capable de donner naissance au processus dyshidrotique.

CHAPITRE V

DYSHIDROSE DE LA FACE ET HIDROCYSTOME

Exposé chronologique des faits : Cas de Robinson (1884) ; sudamina ou dyshidrose ; opinion de Duhring. Cas publiés comme dyshidroses de la face. — En 1894, mémoire de Robinson : Hidrocystome. — Observations d'hidrocystome publiées en 1894, 1895 et 1896.

Interprétation de l'hidrocystome : Origine glandulaire ; origine canaliculaire ; James Adam et Thibierge ; examen des préparations de Adam par Bassaget. — Constance des lésions de l'appareil sudoral dans l'hidrocystome.

Si les observations publiées par les auteurs comme dyshidroses de la face doivent se ramener toutes à l'hidrocystome : 1^o cas de Thibierge, Jackson, Rosenthal, Jarisch, etc. ; — 2^o cas de Hallopeau : examen critique, discussion.

Si cette éruption, dyshidrotique d'aspect, mais siégeant à la face, est nécessairement un hidrocystome : 1^o hidrocystome pur, siégeant à la face ; — 2^o hidrocystome associé à la dyshidrose (Jamieson) ; — 3^o dyshidrose de la face ; — 4^o hidrocystome du reste du corps.

Equivoque du terme « Dyshidrose » ; avantages de celui de « Pompholyx ».

Jusqu'en 1884, il était communément admis que la dyshidrose ne siégeait guère qu'aux mains et aux pieds et, qu'en tous cas, si elle venait à affecter la face, elle ne se limitait jamais à cette seule localisation.

Or, à la huitième réunion annuelle de l'*American dermatological Association*, tenue en août 1884, à Highland

Falls, Robinson décrit « entre autres dermatoses ayant des relations avec les glandes sudoripares, une éruption particulière qui se produit sur la face des femmes d'un âge moyen et avancé, surtout chez celles dont la transpiration est abondante ou qui s'exposent par leur profession, à la chaleur humide. » (1) Robinson penche pour le diagnostic de « Sudamina », mais Duhring prétend que les sudamina ne répondent pas aux lésions qui viennent d'être décrites, car, de l'aveu même de Robinson, l'éruption dont il s'agit est causée par la rétention de la sueur dans les conduits des glandes sudoripares. Ce ne peut donc être pour Duhring qu'un cas de dyshidrose, « difficult sweting ». On se rappelle, en effet, que ce dernier auteur s'était, en 1877, déclaré partisan résolu de la théorie de T. Fox (2): Et, de fait, la plupart des auteurs se rangent à l'avis de Duhring : on donne, dès lors, le nom de « dyshidrose de la face » aux éruptions d'apparence dyshidrotique siégeant uniquement à cette partie du corps ; c'est sous cette même dénomination que sont successivement rapportés les cas de Jackson (1886), Rosenthal (1886), Thibierge (1889), Hallopeau (1892), Raynor (1892), Santi (1892), Jamieson (1893), Jarisch (1895) (3).

(1) Cf *Journal of cutaneous and venereal diseases*, décembre 1884, page 362. — Robinson avait déjà fait mention de cette dermatose dans son *Manual of Dermatology*, paru la même année à New-York.

(2) *British medical journal*, 8 décembre 1877, p. 798.

(3) JACKSON, A case of Dysidrosis of the face. Cf : *Journal of cutaneous and venereal diseases*, vol. IV, janvier 1886, p. 4-5.

ROSENTHAL, Ein Fall von Dysidrosis chronica des Gesichtes, Cf . *Deutsche medicinische Wochenschrift*, n° 20, p. 425, 1887.

THIBIERGE, Cf : Bonnet, Contribution à l'étude de la dysidrose. Thèse de Paris, 1889, p. 71 ; *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 3^e série, 1895, t. VI, p. 978-988.

HALLOPEAU, Sur un cas de dysidrose du nez, Cf : *Annales de*

Mais, dès 1893, avait paru un second mémoire de Robinson (1). Cet auteur a observé à New-York trente ou quarante cas de ces prétendues dyshidroses de la face ; il en a fait l'examen anatomo-pathologique et il a reconnu qu'il s'agissait de kystes sudoraux ; pour cette raison, il propose de les appeler Hidrocystomes (2).

Bientôt sont publiés les cas de James Adam (3) et de L. Brocq. (4). En même temps, l'hidrocystome est étudié comme une véritable entité morbide dans divers traités de dermatologie, en particulier dans ceux de Morrow (Amé-

Dermatologie et de Syphiligraphie, juin 1892, pages 728 à 731. Cf. infra observation 12.

RAYNOR, Brooklyn dermatological and genito-urinary Society. Séance du 3 juin 1892, Cf. Monatshefte für praktische Dermatologie, 1893, vol. 2, p. 26. Cf. infra observation 19.

SANTI, Monatshefte für praktische Dermatologie, Bd. XV, n° 4, 15 août 1892, p. 166. Cf. infra observation 13.

W. ALLAN JAMIESON, *British journal of Dermatology*, 1893, t. V, p. 134.

JARISCH, Congrès allemand de Dermatologie, séance du 25 septembre 1893 ; Cf : Archiv. für Dermatologie und Syphilis. 1896, t. XXXIV, p. 124.

Les observations de Jackson, Rosenthal, Thibierge, Jamieson, Jarisch ont été publiées par Léon Bassaget, dans sa thèse de Paris, 1896, sous les numéros 1, 2, 3, 5, 6. — Celles de Hallopeau, Raynor, Santi sont rapportées plus loin ; Cf : n°s 12, 19, 15.

(1) ROBINSON, Hidrocystoma, Cf : *Journal of cutaneous and genito urinary diseases*, août 1893, p. 293.

(2) Pour se conformer à l'étymologie, il faut écrire Hidrocystome et non pas Hydrocystome, car la racine est ὁ ἰδρώς (sueur) et non τὸ ὕδωρ (eau).

(3) JAMES ADAM, Lymphangioma circumscriptum ; Cf : *British medical journal*, 2 décembre 1893, p. 112. — Radcliffe Crocker, Hidrocystoma or lymphangioma circumscriptum ; Cf. *British journal of Dermatology*, février 1894, page 56.

(4) L. BROCCQ, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, V, 1894, page 111.

rique), Anderson (Angleterre), Unna (Allemagne) (1).

Puis c'est un nouveau cas de James Adam ; ensuite, ce sont ceux de Hutchinson, Alexander Morton, Thibierge (2). Ce dernier, dans un travail d'ensemble publié par les *Annales*, fait connaître chez nous cette dermatose nouvellement individualisée (3). Enfin, dans ces derniers mois, M. Léon Bassaget observe un nouveau cas d'hydrocystome et consacre sa thèse à l'étude de cette maladie. Pour de plus amples détails, on pourra se reporter au travail de ce dernier (4).

Les auteurs sont d'accord pour admettre que dans cette affection ils s'agit de kystes par rétention de la sueur ; mais ils ne sont pas encore arrivés à déterminer définitivement si le kyste siège dans la glande ou dans le canal excréteur.

(1) A. MORROW, Hydrocystoma, Cf : System of genito-urinary diseases, syphilology and dermatology, New-York, 1894, tome III, page 780.

ANDERSON, Sudamina, Cf : Treatise on diseases of the skin, 2^e édition, Londres, 1894.

UNNA, Die Histopathologie der Hautkrankheiten, Berlin, Hirschwald, 1894, p. 915.

(2) JAMES ADAM, Hydrocystoma, Cf : *British journal of Dermatology*, juin 1895, p. 169.

HUTCHINSON, Cases illustrating the neurotic origin of Hydrocystoma Cf : *British journal of Dermatology*, mai 1895, p. 137-141.

ALEXANDER MORTON, A case of hydrocystoma, Cf : *British journal of Dermatology*, août 1895, p. 245.

THIBIERGE, Cf. L. Bonnet, Thèse de Paris, 1889, page 71 ; — Cf. L. Bassaget, Thèse de Paris, 1896, page 45.

(3) THIBIERGE, De l'Hydrocystome, Cf : *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 3^e série, 1895, t. 6, p. 978-988.

(4) LÉON BASSAGET, De l'Hydrocystome, Angers, Lachèse et Cie, 1896, 72 pages.

Pour Robinson, Unna, Darier (1) ce kyste se forme d'une façon constante à la partie inférieure du chorion, aux dépens des parois du conduit sudoral. Selon Jamieson, la lésion est uniquement épidermique et résulte de la dilatation du canal sudoripare sous la couche cornée de l'épiderme, alors que, plus bas, le reste du canal demeure sain. D'après James Adam, si certains auteurs combattent l'origine glandulaire de l'hidrocystome, cela résulte de ce que leurs excisions, pratiquées sur le vivant, ne sont pas assez profondes pour qu'elles atteignent les glomérules. C'est, en effet, ce qu'il a exposé à M. Thibierge dans une communication faite à ce dernier à la date du 22 avril 1896 ; il a eu soin, en outre, de joindre à sa communication deux coupes faites sur des fragments pris, cette fois, sur le cadavre et à une profondeur suffisante pour que le glomérule fût intéressé. M. Léon Bassaget a examiné avec soin les préparations d'Adam et il conclut ainsi : « il y a pleinement lieu d'admettre, au moins pour certains cas, l'opinion d'une origine glandulaire ».

Quoi qu'il en soit, l'important pour nous est que l'hidrocystome soit toujours en connexion intime avec l'appareil sudoripare ; il est véritablement « dyshidrotique » au sens étymologique du mot (δυσ ἰδρωτός) ; il répond à peu près à la conception anatomo-pathologique par laquelle T. Fox expliquait sa dyshidrose.

Or, si Robinson, Adam et les autres n'avaient fait aucun examen histologique et s'ils s'en étaient tenus à la considé-

(1) ROBINSON, Hidrocystoma, Cf. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, août 1893, page 293.

UNNA, *Die Histopathologie der Hautkrankheiten*, Berlin, Hirschwald, page 986.

DARIER, note insérée dans l'article de Thibierge, de l'Hydrocystome, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 3^e série, 1895, t. 6 p. 978-988;

ration de l'aspect clinique seul, leurs cas auraient été, comme par le passé, dénommés « dyshidroses de la face », ainsi que le voulait Duhring, en 1884. Par contre, les cas que divers auteurs ont publiés comme « dyshidroses de la face » n'ont été rattachées à cette dernière dermatose qu'en vertu de leur aspect clinique ; or, n'est-il pas rationnel d'admettre que, si l'on avait pratiqué l'examen histologique de ces derniers, on aurait découvert aussi les lésions caractéristiques de l'hidrocystome ?

M. Thibierge n'hésite pas à ranger dans cette dernière dermatose le cas de dyshidrose de la face qu'il a communiqué à L. Bonnet et que celui-ci a publié dans sa thèse en 1889. Le même M. Thibierge ne fait aucune difficulté d'avouer qu'à cette époque il était tombé dans l'erreur commune.

Quant à Jackson, il avait, quoi qu'en aient dit les auteurs, nettement déclaré, dès 1886, que ce qu'il appelait dyshidrose du visage était, comme localisation, comme aspect, comme étiologie, tout à fait analogue au cas décrit par Robinson en 1884. Puisque Robinson est parvenu à prouver nettement que son cas de 1884 était un hidrocystome, il s'en suit que le cas de Jackson doit lui aussi, être rapporté à la dermatose de Robinson.

De même, prenant part à la discussion survenue au congrès allemand de Dermatologie de 1895, lors de la présentation du cas de Jarisch, Rosenthal abandonne le diagnostic de dyshidrose de la face porté par lui en 1886. Il n'avait, dit-il, alors adopté cette dénomination que faute d'autre qui le satisfît davantage. Maintenant que l'hidrocystome est constitué comme entité morbide, Rosenthal n'hésite pas y rattacher son cas de 1886, comme d'ailleurs aussi un autre cas analogue qu'il a observé tout récemment (en 1895).

Dans le cas de Jarisch, l'examen histologique ne laisse

subsister aucun doute ; il s'agit bien d'hydrocystome (1).

Reste la dyshidrose du nez, présentée à la Société de dermatologie, en 1892, par M. Hallopeau. Celui-ci maintient énergiquement qu'il s'agissait bien de dyshidrose et non d'hydrocystome. Une discussion s'est engagée à ce sujet entre lui et M. Thibierge, à la Société de dermatologie du 12 décembre 1895.

« Si, dit M. Hallopeau, cette maladie siégeait à la paume de la main ou à la plante des pieds, on porterait sans hésiter le diagnostic de dyshidrose... Dire qu'il ne s'agit pas de dyshidrose parce que les altérations sont limitées à la face, n'est-ce pas une pétition de principe ? Une différence de location suffit-elle à entraîner une différence de nature ? Nous ne le pensons pas, d'autant mieux qu'il s'agit dans les deux cas d'une maladie des glandes sudoripares. »

Le raisonnement de M. Hallopeau peut se ramener à ceci : l'hydrocystome et la dyshidrose sont l'un et l'autre des maladies des glandes sudoripares : — or, les manifestations cliniques de l'une et de l'autre sont sensiblement les mêmes ; — il est donc superflu de faire intervenir la notion de l'hydrocystome, et il n'y a pas de raison pour qu'une même lésion cesse d'être la dyshidrose parce qu'elle siège à la face et non à la paume de la main.

Certes, ce raisonnement est tout à fait irréprochable, une fois admis le principe sur lequel il repose. C'est ce principe même qui doit être critiqué.

Or, en fait, ce n'est pas seulement d'une différence de localisation qu'il s'agit ; c'est aussi, et surtout, d'une diffé-

(1) Je parlerai plus loin du cas de Jamieson. Quant à la dyshidrose du nez du n° 15, rapportée par Santi, celui-ci même a montré qu'il s'agissait d'une dermatite artificielle, consécutive à l'hyperhidrose, peut-être même d'un eczéma vésiculeux simulant la dyshidrose. — Le cas de Raynor a été cité pour mémoire ; je ne saurais en parler, car il ne m'a pas été possible de m'en procurer l'observation.

rence anatomique dûment constatée. En effet, l'examen histologique a établi que l'hydrocystome siège dans l'appareil sudoripare, tandis que la dyshidrose se développe toujours en dehors de ce dernier.

M. Hallopeau est persuadé que, dans son cas, les lésions siégeaient dans l'appareil sudoripare ; s'il en était véritablement ainsi, sa dyshidrose devrait sans aucun doute, être considérée comme un cas d'hydrocystome.

Mais l'examen histologique n'a pas été fait ; on ne peut certes pas prouver à M. Hallopeau qu'il s'agissait d'hydrocystome ; mais lui-même ne saurait non plus établir irréfutablement que c'était une dyshidrose. Ce cas demeure donc incertain et ne peut être invoqué ni pour ni contre une interprétation quelconque.

Le cas de M. Hallopeau, une fois mis à part, il résulte que toutes les observations de dyshidrose de la face ont été ramenées à l'hydrocystome. Mais il y a plus. Pour quelques auteurs, en particulier pour MM. Thibierge et Bassaget, toute éruption vésiculaire qui, à la face, revêt l'apparence dyshidrotique est nécessairement un hydrocystome. C'est pour eux une vérité tout à fait certaine. Or, aucun fait ne vient-il démentir le caractère absolu de cette affirmation ?

Sans doute, il est manifestement établi que l'hydrocystome peut exister seul à la face, indépendamment de toute autre dermatose.

Mais, au moins une fois, l'on a constaté chez le même malade une dyshidrose et un hydrocystome concomitants, localisés à la face. La preuve en a été donnée par l'anatomie pathologique dans le cas de Jamieson. En effet, les orifices des conduits sudoripares, dans l'épiderme, sont, en quelques points, dilatés en espaces kystiformes, immédiatement au-dessous de la couche cornée. Voilà pour ce qui concerne l'hydrocystome. Mais, à côté de ce dernier d'autres lésions non moins nettes ont été constatées. Voici

comment Jamieson termine la description histologique qu'il en donne : « Par conséquent les caractères de ces lésions correspondent de très près à la description qu'a donnée le docteur Winkelried Williams comme caractérisant le Cheiro-Pompholyx. » Il n'y a donc aucun doute et l'affirmation énoncée au début de ce paragraphe se trouve légitimée.

En outre, la dyshidrose peut-elle siéger à la face, indépendamment de l'hidrocystome ? A priori, on ne voit aucune raison qui empêche d'en admettre au moins la possibilité. Il est vrai que l'on n'en possède aucun exemple confirmé par l'examen microscopique. Toutefois les observations rapportent de nombreux cas où chez le même individu la poussée dyshidrotique des mains ou des pieds était accompagnée d'une poussée vésiculeuse analogue siégeant à la face. Il est bien vraisemblable d'admettre, dans ces cas, une localisation faciale de la dyshidrose authentique des mains ou des pieds. Cependant, seul, l'examen histologique permettra de résoudre définitivement cette question.

De même que, peut-être, en dehors de ses lieux de prédilection, la dyshidrose siège quelquefois à la face, de même, on peut se demander si l'hidrosystome, bien connu, précisément à la face, peut apparaître ailleurs qu'en ce lieu d'élection. On n'en a publié aucune observation, mais Rasori et Schwimmer ont fait apparaître expérimentalement sur diverses autres régions cutanées, à la suite d'une administration longtemps prolongée de la pilocarpine, une dermatose qui ressemble fort à l'hidrocystome (1).

Quoi qu'il en soit, il est acquis que la dyshidrose et l'hidrocystome sont radicalement distincts l'un de l'autre.

Le terme dyshidrose est devenu tout à fait équivoque

(1) Transactions of the seventh session of the international medical congress, London, Kolckmann, 1881, tome 3, p. 146.

puisque, pour les uns, il désigne une lésion de l'appareil sudoripare et, pour les autres, une lésion tout à fait indépendante de cet appareil.

Il y a plus; la dyshidrose, par l'étymologie et la signification même de ce vocable (*δυσ ιδρώς* « difficult sweating »), implique une conception anatomique et pathogénique qui, non seulement, a été démontrée ne pas lui convenir, mais en outre répond exactement à une autre dermatose, l'hydrocystome.

Pour être clair, pour éviter toute équivoque, pour ne pas désigner par un mot le contraire même de ce qu'il signifie, il conviendrait d'adopter le terme « Cheiro-pompholyx » si usité en Angleterre et en Amérique; ou plutôt, car cette dermatose ne siège pas uniquement aux mains, on pourrait accepter le mot « Pompholyx », comme un terme générique s'appliquant aux lésions décrites par Williams, Santi et d'autres, quelles que fussent leurs localisations sur la surface cutanée. Dès lors, on distinguerait dans le genre Pompholyx un certain nombre d'espèces comme le Cheiro-pompholyx, le Podo-pompholyx, le Cheiro-podo-pompholyx, le Prosopo-pompholyx, etc., suivant que l'éruption siégerait uniquement aux mains ou aux pieds, ou à la fois aux mains et aux pieds, ou uniquement au visage, etc. Le mot « dyshidrose » ne resterait pas pour cela sans emploi; il pourrait, lui aussi, servir de terme générique et désigner, par exemple, toutes les lésions qui siègeraient dans l'appareil sudoripare, soit dans la glande, soit à la partie inférieure, soit à la partie supérieure du canal; ainsi l'hydrocystome serait une des espèces du genre dyshidrose.

Cette réforme partielle du vocabulaire de la dermatologie aurait le mérite d'éviter bien des malentendus et bien des obscurités. Je ne l'ai cependant pas réalisée moi-même au cours de ce travail, laissant ce soin à d'autres plus compétents et plus autorisés, si, du moins, ils le jugent à propos.

Mais, en tous cas, si l'on conserve la terminologie actuelle, il importera de désigner uniquement par le terme « dys-hidrose » toutes les lésions semblables à celles qu'ont nettement décrites Williams et Santi ; les lésions qu'a cru voir T. Fox, si elles existent et sont dûment constatées, devront se rattacher à l'hidrocystome.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC (1).

Eczéma. — Dermite sudorale. — Gale. — Zona. — Syphilides palmaires.

Eczéma.

On se rappelle que, jusqu'en 1873, les observateurs avaient confondu avec l'eczéma cette dermatose que T. Fox a individualisée sous le nom de dyshidrose. A partir de 1873, cette affection a été interprétée comme étant produite par la dilatation d'une portion quelconque de l'appareil sudoripare. Dans ces conditions, il s'imposait que la dyshidrose fut nettement distincte de l'eczéma.

Or, de nouvelles recherches sont survenues et il paraît aujourd'hui définitivement établi qu'en affirmant l'existence des vésicules dyshidrotiques sur le trajet du canal excréteur, T. Fox et son disciple Crocker ont été, sans doute de bonne foi, dupes d'une illusion. Les divers examens rapportés précédemment et la critique qui en a été faite établissent avec certitude cette conclusion que, dans l'éruption dyshidrotique, l'appareil sudoripare reste tout à fait indemne.

(1) Pour ce qui concerne le diagnostic différentiel, de la dyshidrose et de l'hydrocystome, je renvoie à la thèse de M. Bassaget, Paris 1896, p. 35.

Dès lors, soutiennent quelques auteurs, la lésion dyshydrotique et la lésion eczémateuse sont tout à fait indiscernables au point de vue anatomo-pathologique ; toutes deux en effet, siègent dans les espaces intercellulaires de la couche épidermique ; toutes deux, également, résultent d'une inflammation de la couche papillaire avec exsudation de sérum, etc. Or, ajoute-t-on (1), ce n'est pas seulement au point de vue des lésions anatomiques que ces deux dermatoses doivent être identifiées ; elles doivent l'être aussi au point de vue clinique : on soutient, en effet, qu'elles ont la même origine (2), les mêmes caractères objectifs, la même évolution.

(1) Parmi les travaux qui ont été publiés à ce sujet, il faut citer tout particulièrement le mémoire de Behrend et celui de Mackey ; Cf ; BEHREND, Congrès de Nuremberg, séance du 14 septembre 1893, Ueber Dysidrosis, Monatshefte für praktische dermatologie, 1893, XVII, vol. 2, p. 404 ; — EDWARD MACKEY, Cheiro-pompholyx in association with Eczema, Dermatology at the meeting of the british medical Association, 1^{er} août 1893 ; *British journal of dermatology*, octobre 1893, n° 10, p. 335.

(2) Après avoir rappelé qu'il est tout à fait d'accord avec Kaposi pour identifier ces deux dermatoses, BEHREND (Cf. *loco citato*) s'efforce de démontrer que la dyshydrose est provoquée par une cause locale, et qu'en outre elle est identique à l'eczéma.

Tout le monde sait, dit-il, que les canaux excréteurs des glandes sudoripares ne sont nettement limités qu'à l'intérieur du chorion ; à ce niveau seulement, ils sont munis de parois ; dans l'épiderme, au contraire, il n'existe que des lacunes intercellulaires sans paroi propre.

Dès lors, il est aisé de comprendre que les pores sudoraux peuvent être obstrués, même sans qu'il existe de l'hyperkératose ; il suffit pour cela que les doigts soient pressés les uns contre les autres, et c'est ce qui explique la fréquence de cette éruption vésiculeuse dans les espaces interdigitaux.

Ainsi, les pores sudoraux peuvent être obstrués par simple pression. Alors, le liquide se rassemble dans un espace lymphatique intercellulaire situé sous le stratum lucidum. A cet endroit, les tissus sont très faciles à rompre, et, comme la sécrétion sudorale s'accu-

S'il en est ainsi, l'on n'a plus le droit de considérer la dyshidrose comme une maladie spécifiquement distincte et il convient de restituer à l'eczéma la forme pathologique qui en a été indûment distraite en 1873. Les choses seraient donc rétablies en l'état où elles étaient avant le travail de T. Fox.

Que faut-il penser de cette réduction à l'unité?

Au point de vue anatomo-pathologique, il est très vrai

mule de plus en plus, elle déchire les couches cellulaires voisines, en même temps qu'elle soulève la couche cornée. Il se forme ainsi une bulle remplie de sueur ; mais à cette sueur s'ajoute une exsudation qui provient des vaisseaux ; dès lors, la réaction qui, primitivement, était acide, devient neutre et même alcaline, comme dans la vésicule eczémateuse. Les deux processus sont donc identiques et il n'y a pas lieu de considérer la dyshidrose comme une maladie sui generis.

Dans cette même séance du 14 septembre 1893, Jessner fait remarquer à Behrend que, d'après l'exposition même de celui-ci, c'est la vésicule qui est apparue la première ; il s'est formé une sorte de kyste sudoral à la suite d'une rétention de sueur, et l'inflammation papillaire n'est survenue que consécutivement. Or, dans l'eczéma, ajoute Jessner, c'est l'ordre inverse que l'on observe : l'inflammation se manifeste d'abord et la vésicule n'est que la conséquence du processus exsudatif.

C'est donc à bon droit que Jessner refuse d'admettre l'identité du processus eczémateux et du processus que Behrend a décrit comme étant propre à la dyshidrose. Il est vrai d'ajouter que Behrend a cru, à tort, avoir observé des cas de dyshidrose ; il n'a décrit, en somme, qu'une dermatose artificielle, une dermite sudorale, survenue à la suite d'une compression extérieure qui faisait obstacle à l'excrétion de la sueur.

On a montré précédemment que dans la dyshidrose aussi bien que dans l'eczéma, c'est l'inflammation vasculaire qui provoque l'exsudation séreuse, à la suite de laquelle se développe la vésicule. Donc, en définitive, contrairement à l'opinion de Jessner, et conformément à celle de Behrend, mais d'une manière toute différente de celle qu'a décrite ce dernier, le processus eczémateux et le processus dyshidrotique se ressemblent, au moins en ce qui concerne l'ordre d'apparition des lésions anatomiques. Nous verrons plus loin que ces deux dermatoses diffèrent réellement par des caractères précis.

que les lésions de l'eczéma se rencontrent dans la dyshidrose. Mais, ce n'est pas seulement dans la dyshidrose et dans l'eczéma, c'est aussi dans la gale, dans l'herpès iris, dans la miliaire vraie, etc. (1) que l'on rencontre la dilatation des capillaires, l'exsudation de sérum, la diapédèse des leucocytes, la prolifération épidermique, l'infiltration par des cellules migratrices, l'œdème interépineux. Si donc l'on pose comme principe que toutes les dermatoses qui présentent les mêmes lésions anatomiques ne sont qu'une seule et même affection, il faut, pour être logique, identifier aussi avec l'eczéma, outre la dyshidrose, les autres affections dont il vient d'être fait mention. Or, on recule devant cette conséquence. Par exemple, les vésicules de la gale ne présentent rien de caractéristique au point de vue anatomo-pathologique ; les lésions auxquelles elles donnent lieu sont sensiblement les mêmes que dans la dyshidrose ou l'eczéma. Et cependant, on ne songe pas à supprimer l'individualité de la gale pour faire rentrer cette dermatose dans le genre eczéma. Dès lors, il n'y a pas plus de raison de restituer la dyshidrose à l'eczéma qu'il n'y en a de considérer la gale comme distincte de l'eczéma. Appliquer à l'une et non à l'autre le principe ci-dessus énoncé serait faire un choix arbitraire et injustifié.

Mais, dira-t-on, la gale et l'eczéma, bien qu'offrant des lésions anatomiques semblables ont un aspect clinique bien différent, tandis que, à ce que l'on prétend, la dyshidrose et l'eczéma coïncident tout à fait au point de vue clinique.

Examinons ce que vaut cette dernière affirmation.

Lorsque l'eczéma présente des vésicules, ce qui d'ailleurs est assez rare, (2) celles-ci reposent sur une surface rouge

(1) Cf. DARIÈR. L'histologie pathologique des maladies de la peau, d'après les travaux de M. Unna. Analyse critique, Paris, Masson, 1896. *Passim*.

(2) D'après M. Tennesson, on ne voit pas de vésicules une fois sur

et enflammée (1) ; elles sont très fines, transparentes, semblables à des gouttelettes de sueur. « Pour les bien voir, il faut une loupe et un bon éclairage ; il faut aussi arriver à temps ; elles durent seulement quelques heures et ne se reproduisent pas (2) ; » elles se rompent spontanément très peu de temps après leur formation ; une fois rompues, elles présentent une surface humide et sécrétante ; elles laissent suinter un exsudat gommeux, filant, poisseux, collant, lequel se concrète en croûtes jaunâtres.

Or, dans la dyshidrose, les régions voisines de la vésicule ont conservé leur aspect normal et l'on ne rencontre ni rougeur, ni base inflammatoire ; les vésicules elles-mêmes, de volume inégal, sont toujours très appréciables au toucher et à la vue ; elles ressemblent à des grains de sagou ; elles sont persistantes et peuvent durer six, huit, dix et même douze jours ; elles n'ont aucune tendance à se rompre spontanément ; elles se dessèchent sans ouverture préalable ; leur contenu est clair, fluide, aucunement poisseux ; elles ne laissent suinter aucun liquide et ne présentent jamais de croûtes ; à peine une poussée est-elle disparue qu'une nouvelle s'installe, puis évolue pour s'atténuer à son tour et faire place souvent à une nouvelle éclosion vésiculeuse.

En outre, si les vésicules de l'eczéma se rompent en quelques heures, l'eczéma lui-même dure longtemps encore après la disparition du processus vésiculaire ; dans la dys-

cent cas d'eczéma. Cf : H. TENNESON, *Traité clinique de Dermatologie*, Doin, 1893, p. 44.

(1) Cf. Musée de l'hôpital Saint Louis, moulage n° 409, vitrine 11, Lailler, 1876.

(2) Cf. H. TENNESON, *loco citato*, page 42. « Exceptionnellement dans les poussées aiguës, il peut se produire des vésicules miliaires ou même des bulles ; mais ces soulèvements de la couche cornée durent au plus quelques jours et ne se reproduisent pas. »

hidrose, au contraire, l'évolution dure en général, une ou deux semaines, mais toute manifestation cutanée a cessé d'exister dès que la vésicule a accompli son cycle normal.

On voit qu'en dépit des affirmations énoncées ci-dessus, la dyshidrose et l'eczéma constituent deux types cliniques tout à fait distincts. Ce qui caractérise l'eczéma, pris en lui-même, c'est, le polymorphisme et l'évolution atypique ; or, la dyshidrose consiste précisément en une éruption uniquement vésiculeuse, à évolution typique (1).

Donc, non seulement la clinique ne nous autorise pas à identifier ces deux dermatoses, mais encore elle nous oblige à poser nettement leur dualité. (2).

Cependant, ce point une fois acquis, il importe de reconnaître que la dyshidrose et l'eczéma ne sont pas sans rapports entre eux.

Tout d'abord, il a été noté au chapitre de l'étiologie que la dyshidrose apparaît souvent chez des eczémateux confirmés ou chez des individus en puissance d'eczéma.

Tel malade a déjà présenté des placards eczémateux longtemps avant que la dyshidrose se fût installée chez lui. Chez tel autre, l'eczéma apparaît en même temps que l'éruption dyshidrotique (soit au même point, soit sur n'importe qu'elle région de la surface cutanée). D'autres fois l'eczéma survient quelques jours après l'entrée en scène de la dyshidrose, appelé, pour ainsi dire, par une médication inopportune ou une irritation quelconque.

Cet eczéma surajouté peut apparaître sans modifier en rien l'aspect général de la dyshidrose ; il est un phénomène

(1) Cf. SANTI. Zur Frage der als Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx beschriebenen Hauterkrankung, Monatshefte für praktische Dermatologie, Hambourg, 1892, XV, 2, p. 93-109, 160-176.

(2) C'est un fait bien connu que dans la gale, le grattage appelle l'eczéma ; on ne dit pas pour cela que la gale est une manifestation de l'eczéma.

secondaire, une complication fortuite, toujours susceptible de se manifester chez des individus prédisposés, lorsque des influences nuisibles, venues de l'extérieur, agissent sur un système cutané très sensible aux irritations, déjà même touché par une éruption vésiculeuse aiguë.

La plupart du temps, ces deux dermatoses évoluent séparément, chacune pour leur propre compte. Il est des cas où elles se superposent et s'associent, de manière à constituer une affection qui n'est proprement ni l'eczéma ni la dyshidrose, mais qui participe à la fois de l'un et de l'autre. Ce sont des cas de ce genre que l'on invoque pour soutenir l'identité pathologique des deux manifestations cutanées.

Les partisans de la conception unitaire affirment qu'il y a transition de l'une à l'autre, que l'une se transforme en l'autre, et que chacune d'elles répond à l'un des deux stades d'une même évolution. Or, il est manifeste que si elles font partie du même processus pathologique, elles appartiennent nécessairement à la même affection ; mais on ne conclut cette identité qu'après avoir eu soin de l'introduire, au préalable, dans les prémisses. Ce raisonnement ne saurait rien prouver, parce qu'il est un cercle vicieux. Il transforme en conclusion cela même qui est en question.

Tout ce que l'observation impartiale permet d'affirmer, c'est que, parfois, la dyshidrose et l'eczéma évoluent de concert et se superposent au point de ne plus se rapporter cliniquement à aucun type bien déterminé. Mais, il ne suffit pas d'invoquer ces cas, d'ailleurs exceptionnels, pour avoir le droit d'affirmer l'identité de deux dermatoses qui, prises en elles-mêmes et séparément, présentent, ainsi qu'on l'a montré plus haut, une morphologie clinique si manifestement propre à chacune d'elles. D'ailleurs, le mélange de ces deux affections ne leur est pas particulier ; ce n'est, certes, pas la première fois que l'on rencontre la juxtaposition et

l'association de deux processus pathologiquement distincts l'un de l'autre (1).

Par conséquent, pour toutes les raisons qui ont été présentées plus haut, il convient de considérer la dyshidrose comme un type clinique qui mérite de conserver son individualité.

Dermite sudorale.

Chez certains individus, la peau est moite, poisseuse, humide, imprégnée de sueur. Par les temps chauds, à la suite d'un exercice musculaire, l'hyperhidrose peut devenir très abondante ; alors l'épiderme se macère, il s'irrite, et, souvent apparaît une dermatite bulleuse que l'on a parfois

(1) N'oublions pas de rapporter l'opinion que M. Hallopeau a exprimée le 3 juin 1892 à la Société de Dermatologie, lors de la présentation de sa dyshidrose du nez (Annales de Dermatologie, 1892, p. 730).

M. Hallopeau fait remarquer qu'aux extrémités digitales, l'épiderme est très épais, et qu'en raison de ce fait, l'eczéma localisé aux doigts peut s'y traduire par la production de vésicules persistantes tout à fait semblables aux grains de sagou de T. Fox.

Notons d'abord que M. Hallopeau signale cette identification comme simplement possible. En outre, rappelons-nous que la dyshidrose et l'eczéma nous sont apparus au point de vue clinique comme ayant chacun une morphologie propre.

Sans doute, si l'on modifie et si l'on élargit la conception de l'eczéma au point de pouvoir y faire rentrer une forme clinique aussi nette que l'est la dyshidrose, on n'éprouvera aucune difficulté à considérer la dyshidrose comme une *espèce* du *genre* eczéma.

Mais l'important est précisément de savoir si l'on a le droit de déformer ainsi la notion de l'eczéma de manière à la rendre applicable à une forme pathologique qui présente des caractères si différents de lui.

Il paraît plus conforme aux faits observés de maintenir l'indépendance de la dyshidrose dans toute son intégrité.

confondue avec la dyshidrose à cause de la coexistence de l'hyperhidrose et de l'élément bulleux.

Or, l'hyperhidrose n'est dans la dyshidrose qu'un phénomène concomitant ; nous avons même vu qu'il peut manquer. En tous cas, le dyshidrotique présente de l'anhydrose ou de l'hyperhidrose au même titre qu'il présente des lésions trophonévrotiques ou du dermatographisme... Ces derniers phénomènes ne font pas plus que l'hidrose exagérée, partie intégrante du processus dyshidrotique.

Il y a donc lieu de considérer les trois manifestations suivantes comme nettement distinctes l'une de l'autre :

1° L'hyperhidrose simple.

2° La dermatite consécutive à l'hyperhidrose.

3° La dyshidrose.

Or, cette dernière est bien autre chose que la seconde. La dyshidrose est nettement individualisée au point de vue clinique et anatomique. L'autre est une dermatite artificielle consécutive à l'irritation ; l'hyperhidrose en est la cause et non pas seulement le syndrome habituel.

Cette dermite sudorale revêt le plus souvent les caractères de l'eczéma artificiel ; elle présente une rougeur inflammatoire, les mains ont l'aspect échaudé, les bulles se rompent spontanément, elles suintent et se recouvrent de croûtes (1).

Gale.

Les lésions acariennes sont tellement nettes, dit-on, leur aspect clinique est tellement différent de celui de la dyshi-

(1) Cf. GEBER, von Ziemssen, XIV, Bd. (Handbuch der Hautkrankheiten). Leipzig, 1883, zweite Hälfte, p. 289-290.

Cf. LESSER, Edm. Hautkrankheiten, VI Aufg. pag. 161-262.

Cf. SANTI, *loco citato*, p. 93-109, 160-176. Cf. infra, observation 15.

drose que la confusion avec cette dernière est impossible. Cependant, les diverses observations publiées montrent que 7 fois, au moins, l'on a porté le diagnostic de gale et prescrit une « frotte » ; or, celle-ci a provoqué aussitôt une exaspération intense de l'éruption vésiculeuse : il s'agissait en effet d'une dyshidrose méconnue.

Il faut reconnaître qu'une gale commençante peut faire croire à une forme légère de dyshidrose ; les vésicules se ressemblent assez ; elles peuvent, dans les deux cas, siéger au fond des espaces interdigitaux.

Mais la gale se rencontre aussi et surtout entre les deux lignes horizontales de Hebra, sur la paroi antérieure du creux axillaire, la face antérieure du poignet, le bord interne de la plante du pied, les malléoles, le gland chez l'homme et le poutour du mamelon chez la femme (1).

En outre la gale est polymorphe ; elle présente non seulement des vésicules, mais aussi des papules et des sillons.

Ces derniers sont pathognomoniques. Par leur couleur grise ou noirâtre ils tranchent sur les parties voisines ; sur tout leur parcours, l'examen à la loupe montre une couche cornée légèrement soulevée. En outre, dans la gale, la réaction eczématoïde secondaire est constante.

Enfin, le plus souvent le contenu vésiculeux se trouble et devient purulent, par suite de l'action des organismes pyogènes ; la vésicule s'entoure alors d'une aréole congestive. Il faut signaler aussi la fréquence des lésions de grattage, en particulier des croûtelles sanguines et de la pigmentation de la peau.

Zona.

On peut voir au Musée de l'hôpital Saint-Louis, au

(1) Cf. TENNESON. Traité clinique de Dermatologie, Paris, Doin, 1893, p. 201, 207.

n° 1189, un moulage qui représente un zona de la plante du pied chez un enfant. Ce zona ressemble étonnamment à une dyshidrose plantaire typique ; c'est, au premier abord, le même aspect clinique. On peut également rapprocher de la dyshidrose les moulages 724 et 1122 (1).

Or, afin de ne pas faire d'erreur de diagnostic, si l'on se trouvait en présence de cas semblables, il faut se rappeler que le zona est unilatéral, — que ses vésicules débudent par la forme papuleuse, — qu'elles sont systématisées, — qu'elles se localisent assez approximativement au département d'un nerf dont souvent elles dessinent le trajet sur la peau, — qu'elles s'accompagnent souvent de picotements, de cuisson, de douleurs névralgiques avec parfois même des points spécialement douloureux.

Syphilides palmaires.

Il existe aussi au Musée de l'hôpital Saint-Louis, plusieurs moulages de syphilides palmaires, lesquelles ressemblent assez exactement à des dyshidroses arrivées à la période ultime de leur évolution. Ce sont particulièrement les n°s 225, 363, 1627. D'autre part, M. Gastou, chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, a présenté, le 11 juin 1896, à la Société de dermatologie, une dyshidrose qu'il a dénommée syphiloïde à cause de l'aspect qu'elle présentait à sa période de régression. Une des mains de cette malade a été moulée et cataloguée sous le n° 1883.

Dans des cas de ce genre, on comprend combien il importe de faire un diagnostic exact et de ne pas prendre pour une dermatose bénigne la manifestation cutanée d'une syphi-

(1) La référence complète des moulages cités dans le cours de ce travail sera donnée à la suite de la bibliographie.

lis peut-être passée jusqu'alors inaperçue ; il importe également de ne pas instituer le traitement antisiphilitique pour combattre une affection qui, d'ordinaire, guérit toute seule.

La syphilide palmaire n'est pas prurigineuse, elle présente des contours souvent polycycliques, — elle a débuté par une papule, — son évolution, sa durée ne sont pas celles de la dyshidrose, — souvent il existe concurremment d'autres syphilides sur les diverses régions du corps.

Dans la dyshidrose syphiloïde du n° 1883, le diagnostic a été facilité par ce fait qu'à côté des pseudo-syphilides se rencontraient plusieurs vésicules typiques qui n'en étaient encore qu'à leur période d'acmé.

Cependant il pourrait arriver qu'aucun des caractères ci-dessus énoncés ne fournit de signe nettement différentiel et que le diagnostic fût, par les seuls caractères objectifs actuels, tout à fait impossible entre la dyshidrose et la syphilis. Il faudra alors scruter les antécédents du malade, rechercher les commémoratifs et, s'il se peut, les accidents initiaux.

CHAPITRE VII

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Pronostic : bénin ; cependant, incapacité de travail.

Traitement.

- On a préconisé : 1^o des applications locales : elles sont irritantes.
2^o la ponction exploratrice : elle est imprudente (infection secondaire) ;
3^o des médicaments internes abortifs ou curatifs : leur action est illusoire.

Théoriquement : Interdiction de toute intervention locale.

Pratiquement : Occlusion, mais dans un but de protection et non de thérapeutique. Repos ; suppression de tout travail matériel ; éloignement des causes déterminantes de la dyshidrose ; changement de profession ; régime alimentaire ; hygiène générale.

En général, la poussée dyshidrotique évolue en une ou deux semaines et le pronostic qu'elle comporte est tout à fait bénin. Cependant, parfois le processus s'exaspère ou s'entretient et traîne en longueur, amenant avec lui une longue incapacité de travail. La fréquence et la durée des récidives peuvent, dans certains cas, constituer une gêne très grande, sinon très douloureuse.

Les complications qui surviennent dans le cours d'une éruption dyshidrotique résultent souvent d'une thérapeutique intempestive ou d'une faute contre l'hygiène générale. Le médecin doit donc veiller à ce qu'aucune cause pertur-

batrice n'intervienne pour irriter la dermatose et la rendre chronique.

Divers auteurs ont proposé des bains excitants, sulfureux, acidulés, boratés, des bains de vapeur, des lotions phéniquées, des liniments à la belladone, à l'aconit. à l'extrait de saturne, au camphre, des frictions à l'alcool salolé ou à des alcoolatures de toutes sortes, l'acide chromique, l'acide salicylique, des pommades au borax, au goudron, au précipité blanc, des onguents et des cataplasmes divers. Or, toutes ces applications locales trop souvent sont irritantes ; elles font plutôt du mal que du bien. Que l'on se rappelle les cas de dyshidrose où la gale avait été diagnostiquée et traitée comme telle.

On a proposé d'ouvrir systématiquement toutes les vésicules puis d'en exprimer le contenu et, pour cela, on s'est servi d'une fine aiguille à scarifications ; on a même fait dans chaque vésicule une ponction aspiratrice avec la seringue de Pravaz. Or, non seulement l'utilité de cette intervention est très contestable, mais elle expose le malade à l'infection secondaire.

On a recommandé des médications internes capables de couper court au processus vésiculeux, entre autres, l'arsenic, l'opium, la teinture de belladone, le bromure de potassium. Or, aucune d'elles n'est capable ni de faire avorter la dyshidrose, ni d'en diminuer la durée.

Ainsi, les applications locales risquent de provoquer des irritations ; les ponctions aspiratrices sont imprudentes, la thérapeutique abortive ou curative est illusoire. Ce qui importe, ce n'est pas de chercher à juguler immédiatement l'éruption existante, ni même d'en diminuer la durée, c'est de faire en sorte qu'elle évolue normalement, brièvement et sans complication.

Que devra donc être l'attitude du médecin en face d'un cas de dyshidrose ?

Théoriquement, et en principe, non seulement il ne devra prescrire aucune application médicamenteuse loco dolenti, mais encore il devra *interdire* expressément toute intervention locale. Puisque rien n'est si facile que de faire du mal à de pareils malades, ce sera déjà leur rendre service que d'imposer cette abstention.

Toutefois, si les mains sont privées de tout pansement, elles seront exposées aux irritants de toutes sortes ; en outre le malade ne saura s'empêcher de se gratter ; il provoquera la rupture des vésicules et, peut-être, leur infection secondaire.

Pour ces raisons, les régions sur lesquelles siège la dyshidrose devront être constamment protégées. Pour remplir ce but, toute substance convient pourvu qu'elle soit :

- 1° inerte afin qu'elle ne provoque aucune irritation,
- 2° onctueuse, afin qu'elle puisse s'adapter à la peau et la recouvrir complètement.
- 3° aseptique, afin qu'elle n'infecte pas les vésicules que le grattage aurait pu rompre.

L'emplâtre à l'huile de cade a paru faire des merveilles chez plusieurs malades auxquels M. Tenneson l'avait ordonné ; une fois cependant, on a dû le supprimer parce qu'il était trop irritant ; on pourra employer cet emplâtre à la condition qu'il ne contienne qu'une très faible quantité d'huile de cade. L'huile d'olive stérilisée remplit bien les trois indications énoncées plus haut ; on peut employer aussi la vaseline, la lanoline, l'axonge fraîche, ou même des poudres comme l'oxyde de zinc, le talc, le dermatol ; on étale ces dernières en couches très épaisses sur la surface cutanée et on les recouvre d'une toile isolante. On peut encore recourir aux onguents, colles et liniments les plus variés, mais les plus simples et les plus inertes seront toujours les meilleurs. Barendt préconise une pâte faite avec des parties égales d'oxyde de zinc, de poudre d'amidon, de

vaseline et de lanoline; après en avoir enduit les mains, il faut protéger ces dernières par des linges ou des gants fins.

Donc, au point de vue local, il convient :

1^o d'aseptiser les mains (ou les pieds) par des lavages à l'eau bouillie tiède, puis 2^o d'occlure la région malade à l'aide de l'une des substances précédemment énumérées.

Mais il ne faut pas oublier qu'en procédant ainsi l'on n'agit en rien sur le processus dyshidrotique; ou plutôt on empêche qu'il soit influencé par les causes extérieures; on fait œuvre de protection et non de thérapeutique.

En outre, on interdira au malade tout travail manuel ou bien on lui recommandera le repos au lit, suivant que la dyshidrose siègera aux mains ou aux pieds.

En plus de cela, une hygiène spéciale et un traitement général seront indispensables non seulement pendant la poussée vésiculeuse, pour que celle-ci puisse évoluer vite et normalement, mais encore longtemps après, dans le but de combattre l'autointoxication chronique et d'agir ainsi sur la cause qui entretient la prédisposition aux récidives dyshidrotiques.

Ainsi, tout individu qui présente une éruption dyshidrotique, tout individu qui, après avoir eu une poussée vésiculeuse, en est apparemment guéri, devront se soustraire à toute émotion violente et mener une vie calme autant que régulière; ils devront éviter les veilles, les fatigues, les travaux intellectuels prolongés, le surmenage sous toutes ses formes, les causes d'épuisement nerveux.

Les personnes qui ont déjà présenté de la dyshidrose plantaire devront, par crainte des récidives, porter des bottines bien amples, qui mettent le pied à l'aise et ne l'exposent à aucune compression.

Les cuisiniers, les repasseuses, les blanchisseuses, les verriers dyshidrotiques etc., devront sans retard abandon-

ner une profession qui constitue pour eux une menace constante de réapparition vésiculeuse.

Les dyshidrotiques devront surtout surveiller leur régime alimentaire ; ils s'interdiront les mets susceptibles d'engendrer des fermentations anormales ; ils agiront sur ces dernières par l'antiseptie intestinale et les laxatifs répétés. Toutes ces précautions diminueront la quantité des toxines élaborées par l'organisme. Il conviendra, en outre, de provoquer et d'accélérer l'élimination de ces produits qui encombrent l'économie ; à cet effet, l'on devra assurer le fonctionnement normal et régulier de tous les émonctoires.

Ainsi tout à l'heure en présence du processus constitué, nous étions désarmés ; il est vrai que, livré à lui-même, ce processus évolue et disparaît très vite en dehors de toute intervention thérapeutique ; mais, pour l'avenir, nous sommes armés ; par une hygiène et un régime appropriés, nous pouvons modifier l'organisme, au point d'espérer supprimer toute récurrence dyshidrotique chez un individu qui cependant y était très prédisposé (1) ; celui-ci y gagne en outre une amélioration de son état général.

Si le malade que l'on traite est amaigri et débilité, il faudra le tonifier et réparer l'usure de son système nerveux le quinquina, la noix vomique, les glycérophosphates seront d'un grand secours. D'une manière générale, il conviendra d'obéir aux indications spéciales que présentera chaque cas en particulier.

(1) Cf : A. WINKELRIED WILLIAMS, obs. 8 et 9 ; *infra*, page 144.

CHAPITRE VIII

CONCLUSIONS

I

On doit considérer comme définitivement acquis :

1° *Que la dyshidroïse ne siège pas dans l'appareil sudoripare,*

2° *Que le processus vésiculeux se développe dans les espaces intercellulaires de la couche épineuse,*

3° *Que le contenu de la vésicule est constitué par des éléments qui ont transsudé à travers les parois vasculaires du réseau papillaire superficiel.*

II

Il apparaît, en outre, comme très probable que cette exsudation résulte de l'inflammation de ces mêmes vaisseaux papillaires.

III

Enfin, de nombreuses raisons autorisent à admettre comme très vraisemblable :

1° *Que l'inflammation papillaire a pour cause l'exaspération momentanée d'un trouble vaso-moteur chro-*

nique, lequel est lié à une intoxication générale du système nerveux,

2° Que la dyshidrose, supposant un fonds à la fois nerveux, vaso-moteur et toxique, peut être définie une toxinévrodermite ou dermatose vaso-motrice toxique.

OBSERVATIONS

Dans sa thèse, M. L. Bonnet (1) rapporte 20 observations parmi lesquelles 11 lui sont personnelles ; les 9 autres sont empruntées à divers auteurs qui se sont occupés de la dyshidrose avant 1889. Je les ai analysées toutes et j'ai eu plusieurs fois l'occasion d'y renvoyer le lecteur.

La première observation de Tilbury Fox et celle de Hutchinson ont été, ou traduites, ou scrupuleusement analysées par M. Doyon ; on les trouvera dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 2^e série, année 1884, vol. V, pages 93 à 102. (Voir aussi la *Revue des Sciences Médicales* de Hayem, année 1874, vol. III, page 250.)

Quant aux cas de prétendue dyshidrose de la face observés en 1893 par Jamieson et en 1895 par Jarisch, ils ont été tous deux publiés à l'étranger et je me proposais d'en donner la traduction complète ; mais ils viennent de trouver place dans la thèse toute récente de M. Léon Bassaget (2).

Parmi les 35 observations qui suivent, 8 me sont personnelles et se rapportent à des malades que j'ai observés, l'été dernier, à l'hôpital Saint-Louis. Les 27 autres cas, sont ceux que j'ai rencontrés dans les différents auteurs, français ; mais surtout étrangers. J'ai pris à tâche de traduire en entier les observations qui ont paru, pour la plupart, depuis la thèse de M. L. Bonnet et qui n'ont pas été relatées ou qui ne l'ont été que fort incomplètement dans les diverses revues publiées en français.

(1) Contribution à l'étude de la dysidrose. Paris, Henri Jouve, 1889.

(2) De l'Hidrocystome, Angers, Lachèse et C^{ie} 1896.

OBSERVATION I

Dyshidrose et hyperhidrose chez une jeune fille nerveuse.

(T. F. PEARSE, *Archives of Dermatology*, VI, 1880, p. 177 ;
— *British medical journal*, 19 avril 1879, p. 586).

Jeune fille de 16 ans, tempérament très nerveux, d'apparence délicate ; — sueurs profuses aux mains et aux pieds ; — douleur et gonflement au bout des doigts et des orteils, depuis environ deux semaines. Les mains sont à ce point sensibles et douloureuses que la malade ne peut plus s'en servir. La surface des deux mains transpire abondamment, la face palmaire plus que la face dorsale. En outre de la tuméfaction, il y a de la rougeur des doigts ; la peau n'est pas crevassée. Comme il existe des signes de suppuration, on pratique une incision ; une petite quantité de pus s'écoule, sans, cependant, que les symptômes s'atténuent.

Les cataplasmes et les fomentations chaudes ont été peu utiles, de même que les applications d'alcoolatures, les pansements à l'eau froide et l'administration d'opium à l'intérieur. Une très grande amélioration a été obtenue grâce à l'administration interne de teinture de belladone, de bromure de potassium à haute dose ; on a employé concurremment des applications externes de liniments à la belladone et à l'aconit.

OBSERVATION II

Pompholyx chez un homme jeune et robuste.

(THIN, *Monatshefte für praktische Dermatologie* Bd XV, N°3, 1^{er} août 1892, p. 401 ; — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1884, T. V, p. 99).

27 ans, santé toujours excellente ; bonne humeur ; transpirations faciles et abondantes, surtout après un exercice musculaire ; mains plus froides qu'elles ne le sont d'ordinaire chez les autres personnes, et, cela, même en été : un courant d'air

froid les fait frissonner, et elles sont, en général, depuis un assez long temps, sujettes aux engelures. On ne peut remarquer aux mains aucun signe de circulation défectueuse, ni aucun indice d'affaiblissement de la moelle épinière ou du système nerveux périphérique. Les autres symptômes sont analogues à ceux décrits par Fox et par Hutchinson.

OBSERVATIONS III, IV ET V

Dyshidroses palmaires récidivantes.

(WALTHER SMITH, *The Dublin journal of medical Science*, p. 390, novembre 1880 ; — *Revue des sciences médicales de Hayem*, 1881, vol. XVIII, p. 193.

I. - Homme qui, à l'âge de seize ans, commença à éprouver de la cuisson entre les doigts de la main, avec des démangeaisons incessantes. Quelques jours après, apparurent de petites bulles symétriquement placées sur les doigts et à la paume de la main, et les troubles fonctionnels (prurit, brûlure, élancements) atteignirent leur maximum. Cette poussée dura près de 15 jours et fit place à une desquamation lamelleuse de l'épiderme. Depuis lors, au retour de l'été, chaque année, l'éruption reparut avec les mêmes caractères mais avec moins d'intensité : le liquide des bulles fut trouvé alcalin. Les principaux caractères de l'affection sont : la récurrence, son exacte limitation aux mains, son apparition seulement pendant les chaudes journées d'été, l'influence favorable du froid et de l'arsenic à l'intérieur pour combattre les symptômes douloureux de la dermatose.

II. — Femme, 30 ans, a eu il y a trois ans une première atteinte de l'affection. Depuis un mois, il lui en est survenu une seconde, caractérisée par l'éclosion d'une série de petites bulles sur les doigts, dans les espaces interdigitaux et sur la paume de la main ; ici, les bulles devenaient ultérieurement des pustules et la suppuration prenait une odeur fétide : Des vésicopustules analogues se développèrent quelques jours plus tard,

sur la rainure unguéale. Cette éruption était exagérée à chaque époque menstruelle et se généralisait alors aux pieds.

III. — Jeune fille de 18 ans, atteinte également, à l'époque de ses règles, d'une éruption vésico-bulleuse du même genre aux doigts de la main ; comme dans les cas précédents, il y avait un vif prurit. Amélioration par des lotions phéniquées et de la poudre d'oxyde de zinc.

OBSERVATION VI

Dyshidrose palmaire et plantaire

(H. VON HEBRA. Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde, Braunschweig, 1884, p. 423-426.)

Femme, 42 ans, bonne santé. Elle présente à la paume des mains et à la plante des pieds des vésicules innombrables, serrées les unes contre les autres, grosses comme un grain de millet, profondément situées, et un plus grand nombre de bulles variant du volume d'un pois à celui d'une fève, lesquelles sont remplies d'un liquide tout à fait clair. Tandis que les petits éléments éruptifs ne présentent à leur périphérie aucune rougeur réactionnelle, on peut voir autour d'un grand nombre de plus grosses bulles un halo rouge très étroit. Le reste de la peau est tout à fait normal, et, de même, le dos des mains comme celui des pieds ne présente aucun symptôme d'une affection morbide. Les vésicules apparaissent pendant 14 jours, puis s'accroissent pendant environ trois semaines, après quoi tout s'arrête et revient très promptement à l'état normal.

Aucune récédive n'a été observée.

OBSERVATION VII

Cheilropompholyx et Eczéma

(BURGESS, Sheffield Médico-Chirurgical Society, 12 nov. 1888, *British Journal of Dermatology*, 1888-1889, t. I, p. 97.)

Jeune fille de 17 ans, anémique, peu développée, déprimée.

L'éruption consiste en vésicules et en bulles symétriques. Elle a commencé, sur le dos des mains, par de petites vésicules, transparentes, profondément situées, apparaissent par groupes, dans l'intervalle de quelques jours. Elles s'étendent aux doigts, à la paume des mains, aux faces antérieure et postérieure des avant-bras jusqu'au coude. De petites vésicules se réunissent pour former des bulles et font saillie au-dessus de la surface cutanée. Elles sont, pour la plupart, transparentes, et les plus grandes ne dépassent pas la grandeur d'un « six-pence ». Il n'y a trace d'aréole rouge autour d'aucune vésicule et les intervalles de peau non couverts de vésicules ne sont ni chauds, ni gonflés. Les vésicules sont accompagnées de sensations, de brûlures et de picotement qui tiennent la malade éveillée pendant la nuit.

Plus tard apparaissent des vésicules sur la face dorsale des orteils et sur le dos du pied gauche. En même temps que cette éruption, coexiste un placard d'eczéma derrière chaque oreille; au dire de la malade, il remonte à un mois. La malade dit en outre qu'elle a observé il y a trois semaines, sur le dos de sa main gauche, « deux poireaux blancs » (white warts). Au bout de trois semaines, toutes les vésicules ont disparu, mais, une semaine après, elles reparaissent à leur ancienne place; cependant, cette fois, elles respectent les pieds. Au bout d'une quinzaine de jours, l'éruption disparaît de nouveau; alors l'eczéma des oreilles empire soudain: sur la poitrine, les genoux et les fesses apparaissent des placards papuleux et de toutes petites vésicules qui suivent le cours ordinaire de l'eczéma. Tout va bien au bout d'un mois.

Quelques-unes des vésicules de Pompholyx éclatent spontanément, mettant à nu une base sèche et rouge. Leur contenu consiste en un liquide clair, albumineux, alcalin. La résolution est accompagnée d'une desquamation épidermique en larges lambeaux.

Le diagnostic différentiel se pose entre gale, pemphigus, eczéma vésiculeux et cheiropompholyx.

La gale est exclue parce qu'il n'y a pas de sillons et que les

régions où se localise habituellement l'*acarus scabiei* sont respectées.

Dans le pemphigus, les bulles sont superficielles dès le début ; elles ne sont pas formées par la réunion de plusieurs petites vésicules ; elles sont distribuées plus irrégulièrement ; elles ont une tendance à devenir chroniques.

Dans le cas actuel, les vésicules ont une tendance à se réunir en groupes ; elles persistent un moment puis disparaissent ou éclatent spontanément ; elles laissent après elles une surface rouge et sèche ; en outre, elles sont localisées aux mains, aux avant-bras, aux pieds, chez une jeune femme déprimée, tous arguments qui, pour Burgess, sont en faveur du diagnostic de Cheiropompholyx.

OBSERVATIONS VIII et IX

Dyshidroses récidivantes.

- 1^o Cas observé par A. WINKELRIED WILLIAMS sur lui-même ; —
2^o cas de Dow, *British journal of Dermatologie*, octobre 1891, p. 303-308 ; — *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1891, Vol. II, p. 41-47.

Je souffre de cette maladie depuis 4 ans. Ses caractères et sa localisation sont toujours demeurés, les mêmes. A l'exception de la dernière éruption, elle a toujours été limitée à la peau des faces latérales des doigts ; jamais je ne l'ai observée aux orteils. Habituellement les deux mains sont prises, mais l'une plus que l'autre. Lors de la dernière poussée, les deux faces latérales de tous mes doigts furent atteints, mais l'éruption s'étendit aussi au bord cubital des deux mains. La dernière éruption n'était pas proéminente lorsque je me portais tout à fait bien, mais le moindre malaise physique ou moral la rendait saillante. Les symptômes sont des démangeaisons légères et insignifiantes, mais, en dehors de cela, ils sont nuls. Cependant les démangeaisons deviennent parfois violentes ; mais dans tous les cas, elles cessent dès que l'éruption est

complètement constituée. Parfois l'éruption apparaît, toujours identique à elle-même, mais sans s'accompagner de démangeaisons. Quelques malades souffrent de violentes démangeaisons, tandis que d'autres n'en éprouvent aucune ; j'ai pu même assez souvent découvrir une éruption tout à fait bien développée, alors que celui qui la présentait en ignorait l'existence.

Les symptômes objectifs consistent dans l'apparition de petites vésicules profondément situées dans l'épiderme. Dans le plus petit nombre de cas, il n'y a qu'une vésicule, mais habituellement elles apparaissent par groupes.

Par l'accroissement de quelques-uns de ces éléments, aussi bien que l'apparition de nouveaux éléments entre ceux qui existent déjà, toute la peau saine se soulève ; par suite du gonflement général de la peau, il semble que les vésicules sont amoncelées les unes sur les autres.

La vésicule évolue rapidement. Tout d'abord apparaît sur la peau une petite tache brillante produite par le poli de la peau à cet endroit. Au début, il n'y a pas de saillie visible mais des proéminences apparaissent en très peu de temps. Au bout d'une heure ou deux, la saillie peut être sentie avec les doigts, au bout de cinq à six heures, elle est nettement visible. Ce temps peut être réduit à quelques minutes par une excitation mécanique, comme, par exemple, par le grattage. C'est pendant l'invasion de l'éruption que les démangeaisons atteignent leur maximum.

Les vésicules complètement développées ressemblent à des grains de sagou enchâssés dans la peau. Les vésicules durent sept à dix jours ; puis elles se dessèchent, sans, au préalable, suinter ou s'ouvrir ; il en résulte une légère desquamation furfuracée qui laisse après elle une surface quelque peu sensible et légèrement rougie.

Dans les cas qui présentent une plus grande intensité, les vésicules deviennent beaucoup plus grosses, parfois elles atteignent le volume d'un pois et même couvrent complètement les mains et les pieds ; une éruption en suit une autre et, ainsi, l'affection peut traîner considérablement en longueur. Je me rappelle particulièrement le cas observé par le *dr* Dow à

« Saint-Johns Skin Hospital » à Londres. Une femme de 35 ans, était atteinte de cheiro-pompholyx toutes les fois qu'elle ne se trouvait pas bien ; une fois, au lieu de l'éruption ordinairement localisée entre les doigts, cette malade présenta à la face palmaire de grosses bulles pemphigoïdes du volume d'un œuf de pigeon, lesquels disparurent peu après par l'emploi de l'arsenic. Dans des cas d'une pareille intensité, souvent à l'éruption succède un eczéma généralisé. Dans d'autres cas très intenses, la desquamation laisse après elle des places fortement rougies et extrêmement douloureuses. Mais, s'il n'y a aucune complication d'eczéma généralisé, les places où se sont développées les vésicules, demeurent tout à fait sèches.

L'éruption des vésicules peut quelquefois être accompagnée d'une poussée sur tout le corps. Je n'en ai jamais vu aucun cas.

Le traitement toujours couronné de succès consiste en toniques, changement d'air, de même que dans le retour du malade à la santé générale.

Les récidives alors font défaut. Dans les cas plus graves, les onguents calmants sont ce qui convient le mieux aux malades.

OBSERVATIONS X et XI

Dyshidroses à évolution anormale.

(A. BREDÀ. Il pomfolicc, Osservazioni clinico-istologiche, *Rivista clinica e terapeutica*, octobre 1891, p. 547 ; — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892, p. 317).

1. Cocher de 25 ans, portant sur les mains et les avant-bras une éruption vésiculeuse, avec œdème, suivie de desquamation, ayant les caractères de la dyshidrose ; pendant son séjour à l'hôpital, sans qu'il eût quitté son lit, le malade fut pris de fièvre, (39,2) et il se produisit sur toute sa surface cutanée, des taches rouges de la largeur d'une pièce de cinq francs à

celle de la main, quelques-unes recouvertes de saillies papuleuses et plus souvent vésiculeuses ou phlycténulaires : la fièvre se reproduisit six jours de suite ; au dixième jour, apparut, par places, de la desquamation. Une autre année, après avoir passé deux heures en plein soleil, le malade voit apparaître sur le dos des mains et à la face, une rougeur diffuse, suivie du développement de nombreuses vésicules, de la dimension d'un grain de millet à celle d'une fève ; en même temps, œdème diffus ; quelques jours après, développement de nouvelles bulles sur les avant-bras et le cou, quoique le malade soit resté constamment au lit.

II. Femme de 51 ans, atteinte de Dyshidrose du dos des mains, au commencement de l'été ; elle est prise de nouveau de la même affection au mois de septembre. Les lésions occupent alors la portion interne du cou-de-pied et le dos du pied gauche.

OBSERVATION XII

Dyshidrose du nez.

(HALLOPEAU, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892, p. 728).

La nommée M..., âgée de 37 ans, fait remonter à son enfance l'affection dont elle est atteinte ; cette affection se manifeste chaque fois que la malade se trouve exposée à la chaleur ; pendant l'été, les vésicules se reproduisent tous les deux ou trois jours ; elles sont plus abondantes et plus développées aux époques menstruelles ; les émotions ont également sur elles une influence marquée.

L'éruption est constamment limitée au lobule, aux ailes et au dos du nez ; elle est constituée par des vésicules persistantes dont le volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'un petit pois ; elles sont discrètes ou disposées en groupes irrégulièrement circulaires ; les veines de la région atteinte sont dilatées, mais il n'y a pas, au moment de notre examen,

bien que l'éruption soit en pleine activité, de rougeur appréciable des téguments ; l'éruption s'accompagne de sensations pénibles de tension et de cuisson, mais non de prurit. Concurrément avec ces vésicules, on voit poindre dans les parties qu'elles occupent, et nullement ailleurs, des gouttelettes de sueur : la malade a remarqué qu'il en est constamment ainsi et elle nous fait constater que chez son enfant, âgé de deux ans et demi, il se produit également une sudation limitée aux ailes du nez ; il y a donc là une prédisposition héréditaire ; ce fait est en rapport avec des observations personnelles dans lesquelles nous avons vu la dyshidrose se produire concurrément, chez plusieurs membres d'une même famille, dans les mêmes régions.

La malade assure que, chez elle, les vésicules ne se rompent jamais spontanément ; elles se dessèchent et laissent à leur suite une macule brunâtre qui disparaît au bout de quelques jours.

Le diagnostic, dans ce cas, ne peut faire l'objet d'un doute : la persistance des vésicules, leur dessèchement sans ouverture préalable, l'absence de croûtes, la coloration normale des parties voisines et le défaut de prurit montrent clairement qu'il ne s'agit pas d'un eczéma : il y a là un type clinique nettement différencié.

OBSERVATIONS XIII et XIV

Dyshidrose chronique et dyshidrose aiguë.

(BARTHÉLEMY, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892, p. 817).

Le premier cas se trouvait chez une fillette de 15 ans, maigre, pâle, nerveuse, digérant mal, ayant par suite une hyperhidrose habituelle des mains, dont la paume était constamment moite, humide, poisseuse.

Cette condition d'être perpétuellement imprégnée d'une sueur probablement irritante, avait amené à et là à la paume

des mains, aux éminences hypothénar et sur les faces latérales des doigts, des vésicules hidroïques, des irritations épidermiques consécutives, des démangeaisons, des rougeurs, des plaques desquamées, tous phénomènes donnant l'idée d'eczéma sec, bien que ce n'en fût vraiment pas.

L'hydrothérapie, un régime alimentaire approprié, un peu d'antisepsie intestinale, localement des poudres de talc, de la pâte de zinc, quelques frictions à l'alcool salolé, semblent avoir en quelques semaines, très notablement amélioré une dermatose sans cesse récidivante, depuis deux ou trois années.

Le deuxième cas donnait l'impression d'un vaste eczéma aigu, développé brusquement en l'espace d'une nuit, sur les pieds, et jusque dans les interstices des orteils dont les faces latérales et dorsale étaient couvertes de vésicules perlées, soit isolées, soit confluentes et formant alors des bulles inégales caractéristiques ; chose remarquable, la plante des pieds était et resta absolument indemne.

A la face interne et médiane de la jambe droite il y avait une large phlyctène remplie de sérosité couleur pierre à fusil ; d'ailleurs, absolument rien sur le reste du corps, excepté un peu d'herpès labial, car il y eut deux violents accès de fièvre à huit jours d'intervalle.

Le malade ressentit une sensation d'excessive chaleur sèche, puis des démangeaisons très pénibles et au bout de quelques heures, en même temps que des sueurs brusquement développées, apparut l'éruption. Il y avait une violente rougeur, presque vineuse, du purpura très marqué, du gonflement et de la tuméfaction de la peau, voire de l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané au niveau des malléoles et du cou-de-pied. Ces régions restèrent même infiltrées pendant trois semaines, c'est-à-dire huit jours après que la desquamation eût commencé et que la dermite et la rougeur eurent disparu.

Les bains, les cataplasmes de fécule boriquée, le jour ; les poudres en très épaisses couches et la toile isolante pendant la nuit ; plus tard la pâte d'oxyde de zinc et de dermatol, furent les moyens employés. A l'intérieur, des purgatifs, des alcalins, du lait et une demi-diète furent prescrits.

Cette éruption vraiment effrayante par la soudaineté et par l'intensité de son début, guérit rapidement, après quelques poussées de moins en moins fortes, bien plus vite, en vérité, que n'eût fait un eczéma.

Elle survint brusquement, en même temps que des sueurs profuses et acides, chez un homme fort, sanguin et goutteux, à la suite d'une violente indigestion, à laquelle de la marée, probablement altérée par les chaleurs, ne fut pas étrangère.

Cette *éruption névrodermique* semble être liée à des troubles digestifs et sa *nature toxidermique* pouvoir être défen due.

OBSERVATION XV

Hyperhidrose du nez avec dyshidrose (?)

(SANTI, *Monatshefte für praktische Dermatologie*, Bd XV, n° 4, 15 août 1892, p. 166).

Jeune fille de 11 ans qui souffre depuis 2 ou 3 ans, surtout en été d'une intense hyperhidrose du nez et de la lèvre supérieure. Ces régions cutanées hyperhidrotiques ont présenté, après l'apparition de l'hyperhidrose, de petites vésicules remplies d'un liquide clair, situées sur une peau en apparence normale. Avec le temps, des rougeurs apparaissent par places, une partie des vésicules se crèvent et suintent abondamment ; il se forme des croûtes, etc. Seule, la peau voisine, mieux protégée, présente encore quelques vésicules remplies d'un liquide clair ; ces vésicules reposent sur une peau saine qui, à première vue, ne présente pas le moindre phénomène inflammatoire. — J'excise un petit morceau de peau pour en faire l'examen histologique. En aucun cas je ne peux constater une connexion entre les vésicules et le canal de la glande sudoripare ; le résultat principal de tout mon examen est le suivant : Inflammation chronique du derme avec ses productions habituelles et les phénomènes qui l'accompagnent.

OBSERVATIONS XVI, XVII et XVIII

Ces trois cas ont été observés par A. SANTI, le premier, à la clinique de Unna, le second à Vienne, le troisième dans sa clientèle. (*Monatshefte für praktische Dermatologie* 1892, vol XV, n° 3, p. 93-109 ; n° 4, p. 160-176 ; — *Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten, Medicin*, 1893, Band 237, p. 143)

I. *Cheiopompholyx des mains et du visage.*

Jeune garçon de 10 ans qui, le 6 juillet 1889, eut les deux mains affectées d'une éruption agüe sans aucun symptôme prodromique d'aucune sorte. Cette éruption consiste en saillies dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois et qui ne s'accompagnent ni de rougeur, ni de modification dans la coloration de la peau.

L'affection occupe le dos des deux mains, mais particulièrement les faces latérales des doigts. Les manifestations subjectives sont pour ainsi dire nulles. Depuis le début, le malade n'éprouve ni douleur, ni démangeaison, ni brûlure. L'éruption a été constituée en une nuit et, le lendemain, le malade a eu son attention mise en éveil par l'aspect inaccoutumé de ses mains et la sensation inattendue qu'il éprouva au toucher. Dans la nuit qui suivit, le visage et la partie antérieure du cou furent envahis de la même manière. À ce moment le malade n'a pas encore éprouvé de souffrance d'aucune sorte et cette affection n'a été d'abord remarquée que par les parents, qui font alors appel à un médecin.

Je vois cet enfant 4 jours après la première éruption au visage. Sur la face dorsale des deux mains, le front, les joues, la région supérieure et médiane du nez, la mâchoire inférieure, la partie antérieure des oreilles, toute la face antérieure du cou et particulièrement la région des deux sterno-cléido-mastoïdiens, apparaissent des saillies petites, sphériques ou ovalaires, atteignant environ le volume d'un pois. A première vue, on

croit se trouver en présence de nodules, mais, si l'on y regarde de plus près, on peut se convaincre, que dans la profondeur de ces éléments se trouve du liquide et qu'ainsi il s'agit, non pas de nodules, mais de vésicules.

Cette affection disparaît complètement au bout des 10 jours qui suivent la première éruption. En outre, ces vésicules ne s'ouvrent pas et ne laissent après elles qu'une très légère desquamation. Il faut remarquer que ce jeune garçon est d'une constitution très grêle et qu'il est mal nourri ; il paraît très intelligent, mais il révèle une nervosité extraordinaire pour son âge. Entre autres choses, il se plaint depuis longtemps de ne pouvoir, le soir, s'endormir qu'avec peine. Pour le reste, il est bien portant et l'on n'a pu découvrir les signes d'une tare héréditaire quelconque. (Suit l'examen histologique déjà rapporté dans le cours de ce travail, au chapitre de l'anatomie pathologique.)

II. *Cheirpompholyx avec récidives et phénomènes inflammatoires.*

Jeune servante de 18 ans, chez laquelle, l'année dernière, au commencement de la saison chaude et sans cause connue, les deux mains se sont couvertes d'une éruption vésiculeuse aiguë. Je vois cette malade, juste un jour après une attaque de même nature. Les deux mains, aussi bien à la face palmaire qu'à la face dorsale, mais principalement aux doigts, sont couvertes de vésicules et de bulles serrées les unes contre les autres, remplies d'un liquide clair, séreux qui les distend fortement. Les deux mains, sont complètement et fortement gonflées, en même temps qu'elles sont raides. La malade se plaint d'éprouver une vive tension et une sensation de violente brûlure. Les premières éruptions de cette nature ne durent, chez cette malade, que quelques semaines pour marcher ensuite rapidement vers la guérison ; mais les dernières poussées ont été plus tenaces et ont duré plus longtemps. Cette fois, quelques bulles situées dans l'espace angulaire limité par le

pouce et l'index droits sont ouvertes ; leur fond est rouge et suintant.

III. *Cheirpompholyx développé à la suite de l'application d'un emplâtre salicylé.*

Jeune homme de 25 ans que je traite actuellement pour une syphilis sévère (infection extragénitale). Le malade a présenté dans ces derniers temps à la paume de la main droite deux infiltrations syphilitiques assez intenses et tenaces, lesquelles malgré un énergique traitement général et local ne veulent point rétrocéder. Alors pour instituer un traitement local efficace, j'ordonne un énergique emplâtre salicylé. Je me propose par là, tout d'abord de ramollir l'épiderme fortement épaissi et ensuite de faire agir un médicament déterminé avec ses meilleurs effets. Dans des cas semblables, c'est-à-dire quand il s'agissait de détruire l'épiderme, l'emplâtre dont il s'agit n'avait encore produit que de légers effets au bout de quelques heures ; or, au bout de ce temps on vit survenir chez ce malade une réaction d'une intensité surprenante. L'épiderme ne tarde pas à se détacher de la peau et un abondant écoulement de sérosité s'en suit. En même temps, apparaît aux doigts de la même main, mais principalement à leur face interne une abondante éruption vésiculeuse. Les doigts sont légèrement tuméfiés et raides ; ils causent de vives brûlures. Les vésicules apparaissent, les unes sphériques, les autres ovalaires ; leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois ; elles présentent d'une manière frappante la ressemblance bien connue avec les grains de sagou. Le contenu des vésicules est jaune clair. Les vésicules sont profondément enchâssées dans la peau. Au bout de deux jours environ, cette poussée a complètement disparu, et il ne reste après elle qu'une légère desquamation. Le malade me fait savoir que déjà auparavant, indépendamment des complications présentes, il a eu d'autres éruptions vésiculeuses aux doigts, mais pas encore en aussi grande abondance. Toujours l'évolution n'a duré que très peu

de temps ; le malade est très nerveux ; il sue presque constamment des mains, lesquelles sont toujours froides au toucher. Il n'y a aucun doute que le Cheiro-Pompholyx se soit développé à la suite de l'application du médicament sur le creux de la main. Cette dernière éruption était bien due à une excitation occasionnelle et venue de l'extérieur.

OBSERVATION XIX

Dyshidrose du visage.

(Brooklyn dermatological and genito-urinary Society, séance du 3 juin 1892, *Monatshefte für praktische Dermatologie*, 1893, vol. 2, p. 26).

Le docteur RAYNOR présente une femme atteinte de dyshidrose du visage. Les lésions apparaissent régulièrement l'été.

L'affection actuelle a cessé depuis trois semaines.

(Je n'ai pas pu me procurer plus de détails sur ce cas).

OBSERVATION XX

Cheiopompholyx localisé aux mains, aux pieds, au visage, au cou, et à la nuque.

(BERLINER, *Schmidt's Jahrbücher der in-und ausländischen gesammten Medicin*, Bd. 246, 1893, p. 136 ; — *Deutsche medicinische Wochenschrift*, vol. XX, N° 43, p. 392, 1894.)

Homme, 43 ans, polisseur.

En 1885, il a déjà présenté sur le dos de la main droite de petites vésicules très prurigineuses.

En 1889, il présente de nouveau de petites vésicules, mais, cette fois, sur le dos et la paume des deux mains.

A la fin du mois d'août de l'année 1891, apparaissent, à la face palmaire des doigts et des mains, avec des accès de faibles démangeaisons, des vésicules d'un volume variant de

celui d'une tête d'épingle à celui d'une lentille. Ces vésicules sont considérées comme la conséquence de brûlure ; elles contiennent un liquide clair, aqueux, légèrement jaunâtre. A la paume de la main, les vésicules sont situées très près les unes des autres, sous l'épiderme épaissi ; elles ressemblent à des grains de sagou. — On prescrit, comme traitement, d'abord de la poudre d'oxyde de zinc, puis de la vaseline boriquée.

Le 5 septembre, c'est-à-dire 6 jours après le commencement du traitement, apparaissent, éparpillées sur le visage, le cou et la nuque, des papules plates et rouges, et, à côté, de nombreuses petites vésicules transparentes, de la grosseur d'une tête d'épingle. La poudre d'oxyde de zinc fait disparaître l'éruption.

Le 9 septembre, les deux pieds présentent des bulles occupant une position à peu près symétrique, atteignant le volume d'un haricot, irrégulièrement distribuées sur la face interne du tibia ; à la plante on peut voir plusieurs bulles plus grosses, mais, en aucun point, il n'y a de rougeur inflammatoire. L'état général s'est aggravé : frissons, malaise, diminution de l'appétit. Après l'ouverture des vésicules et l'application de la vaseline boriquée, la guérison est rapide.

Le malade donne ce renseignement : jamais il ne sue ni des mains ni des pieds.

Cette maladie présente comme caractères : la localisation typique aux mains et aux pieds, — le début aigu, accompagné de démangeaisons, sensation de brûlure, altération de la santé générale, — l'évolution aiguë normale, — l'aspect nettement bulleux et pemphigoi'de de l'éruption.

Ce qui est anormal, c'est la localisation au visage, et aux parties supérieures du cou et de la nuque, de même que l'éruption érythémateuse.

Si l'on en juge d'après l'aspect clinique, on doit considérer cette maladie comme une angionévrose, probablement d'origine toxique, avec inflammation superficielle.

OBSERVATION XXI

Pompholyx au cours d'un mal de Bright chronique

(J. J. PRINGLE, Société de Dermatologie de Londres, séance du mercredi 12 décembre 1894 ; *British, journal of Dermatology*, Janvier 1895, n° 1, p. 26).

Le docteur Pringle, au nom de son collègue le docteur Couplaud de Middles-ex-Hospital rapporte le cas d'un Pompholyx extrêmement sévère.

Le malade est un laboureur âgé de 40 ans, il entre à l'hôpital le 24 novembre 1894 parce qu'il est atteint d'un mal de Bright chronique, lequel date d'un an : œdème de la face, albumine et cylindres dans l'urine, diminution notable de la quantité d'urée, rétinite, céphalalgie, peau sèche et pâle ; — plaques étendues de leucodermie et de mélanodermie sur les bras et sur le tronc, depuis plusieurs années. On lui donne une potion diurétique contenant de l'acétate d'ammoniaque, et un bain d'air chaud, le soir, tous les deux jours. Le bain le fait suer modérément.

Le 5 décembre, à la base du pouce, sur la paume de la main, sur toute l'étendue du pouce, sur le dos de la main la peau devient épaisse et sensible. Cette sensibilité s'accroît considérablement et le 7 décembre apparaissent des bulles. — Les deux mains et les deux pieds sont très tuméfiés ; ils sont couverts de bulles dures, tendues, sphériques, plus développées à la paume et à la plante, où quelques éléments atteignent la grosseur d'un œuf de dinde. Aucune de ces bulles ne se rompt ; leur contenu est opalescent.

Une éruption d'apparence eczémateuse s'étend sur les avant-bras, à peu près jusqu'au coude. Elle est constituée par des papules et des vésicules dont le contenu a une réaction neutre,

Quelques membres pensent que le malade présente de l'hy-perhidrose locale. Le docteur Pringle se demande si cette éruption n'est pas le résultat des bains d'air chaud, mais aucun

des membres ne possède sur ce point d'expérience personnelle.

OBSERVATION XXII

Pompholyx avec hyperhidrose.

(PERRY, Société de Dermatologie de Londres, séance du mercredi 10 avril 1895 ; *British journal of Dermatology*, mai 1895, N° 5, p. 157).

Marie A. P..., âgée de 7 1/2, a pendant ces trois derniers mois présenté une éruption bulleuse limitée aux mains et aux pieds. A Noël dernier elle eut des engelures qui crevèrent et, en même temps, la varioloïde. Pour combattre les engelures, on recouvrit les extrémités avec un certain onguent et, c'est au cours de ce traitement que s'est développée l'éruption actuelle.

La malade est une enfant délicate qui a eu des accès intenses de bronchite ; elle a les cheveux bruns et la peau pâle ; elle est maigre et jouit d'une vive intelligence. On apprend par la mère que cet enfant transpire très facilement de toutes les parties du corps. Quand le docteur Perry la vit pour la première fois, les mains étaient remarquables par leur aspect échaudé ; partout la peau était intacte ; les deux mains et les deux pieds baignaient dans une sueur profuse.

A la paume des mains, de larges aires dépouillées de leur épiderme mettent à découvert une surface rouge, sensible, non suintante. On y trouve aussi plusieurs bulles dont le diamètre varie entre celui d'un pois cassé et trois quarts de pouce. Le liquide contenu dans ces bulles est clair ; on ne peut voir aucune pustule. Les faces latérales des doigts et le dos des mains sont indemnes de tout élément éruptif. Les ongles sont bien développés et exempts de tout lésion. L'éruption est accompagnée d'une inflammation très légère et même nulle. En dépit du traitement, elle persiste sans modification depuis trois mois.

Aux pieds, l'aspect est le même, excepté qu'on n'y trouve pas de larges bulles et que la plus grande partie de l'épiderme a été renouvelée. Cependant on y rencontre de nombreuses vésicules en grains de sagou, principalement à la face inférieure du gros orteil, dans l'intervalle et sur l'extrémité des autres orteils. Les lésions intéressent aussi le bord externe de chaque pied ; le dos du pied est indemne. Une abondante transpiration rend les pieds humides et douloureux à la pression ; la marche est un peu incommode.

Ce cas a paru digne d'être mentionné à cause de l'âge précoce auquel cet enfant a été atteint, à savoir, un peu plus de 7 ans, d'autant plus que le docteur Radcliffe Crocker dit n'avoir jamais vu cette maladie chez un sujet âgé de moins de 12 ans, ni Hutchinson avant la puberté.

OBSERVATION XXIII

Pompholyx et Pemphigus.

(PENROSE, Société de Dermatologie de Londres, séance du mercredi 12 juin 1895 ; *British journal of Dermatology*, juillet 1895, N° 7, p. 214 : A case of Pompholyx, with a suppurated attack of acute Pemphigus).

Le docteur Penrose présente un petit garçon de 7 ans guéri d'une vaste éruption bulleuse qui a commencé le 13 mai. Elle a été constituée par des groupes de vésicules intimement réunies les unes aux autres, atteignant le volume d'une tête d'épingle, situées sur les faces latérales des doigts de la main droite ; le jour suivant, les faces latérales des orteils furent envahis à leur tour ; plus tard on vit sur les membres et sur le tronc de nouveaux éléments éruptifs ayant la forme de larges vésicules et de bulles. — L'éruption n'a été accompagnée ni de douleur, ni de prurit ; l'enfant paraissait doué d'une bonne santé générale.

Quand le malade fut admis à « Great Ormond Street Hospital », le 27 mai, ses mains et ses pieds étaient parsemés de

lésions qu'on ne pouvait différencier du Pompholyx. Des plaques circulaires érythémateuses, dont le diamètre varie depuis celui d'une pièce de « three penny » jusqu'à celui d'une « demi-couronne » (half crown), très coalescentes, ressemblant à de vieilles bulles sont visibles sur la face, le nez, le tronc, les bras dans le sens de l'extension, les avant-bras, les mains, la région antérieure des cuisses, les genoux et le dos des pieds : en même temps, plusieurs ampoules se rencontrent à la partie inférieure de l'abdomen : — La température est légèrement augmentée : 99° Fahrenheit, et la langue est chargée.

Peu de jours après, le 31 mai, la température atteint 102° Fahrenheit : l'enfant souffre beaucoup ; il est véritablement mal. L'éruption bulleuse s'était étendue par confluence ; elle avait conservé ses localisations premières, mais elle avait acquis une plus grande intensité. La partie postérieure du tronc, la paume des mains et la plante des pieds étaient cependant indemnes. La plupart du temps le contenu des bulles est clair ; quelquefois cependant il est purulent. A la base rougie d'un grand nombre de bulles rompues, on voit les battements capillaires. Les membranes muqueuses sont indemnes.

L'enfant s'est rétabli peu à peu et l'on n'a plus vu se développer de nouvelles bulles après le 7 juin. Le traitement a consisté dans l'administration de la liqueur de emorhydrate d'arsenic (liqueur arsenici hydrochlorici, min. ij) associée à la quinine (gr. ij) trois fois par jour, puis lorsque l'éruption fut à son acmé, une immersion prolongée dans un bain boraté à 90° Fahrenheit.

Ce cas a été présenté 1° parce qu'au début l'éruption a ressemblé au Pompholyx ; 2° parce que les symptômes généraux ont été graves ; 3° à cause de sa rapide amélioration par le traitement. Il a été considéré par le docteur Penrose comme un cas de Pompholyx avec une poussée aiguë de Pemphigus surajouté ; cependant, plusieurs membres de la société pensent qu'il s'agit d'un érythème polymorphe et, d'autres, d'une dermatite herpétiforme.

OBSERVATIONS XXIV et XXV

Cheiro-Pompholyx et Dermite sudorale

(FRANK H. BARENDT. *British journal of dermatology*, octobre 1895, n° 10, p. 318-322 : A case of Cheiro-Pompholyx).

F. H., femme, âgée de 36 ans, mariée, vient dans mon service à « Saint-George's Hospital for Diseases of the skin » à Liverpool, le 1^{er} juillet 1895. Elle se plaint de brûlures, de douleurs, de démangeaisons aux doigts, surtout à ceux de la main gauche. 4 jours auparavant, elle a cru qu'elle allait avoir un accès de migraine, malaise auquel elle est très sujette. L'irritation et la gêne sont si grandes que la malade, ne pouvant dormir, plonge ses mains dans l'eau. — Cette femme a une taille élancée ; elle est mélancolique et déclare qu'elle souffre presque toujours de la migraine. Les accès de migraine sont fréquemment annoncés par les symptômes suivants : fourmillements dans les mains, (teichopsia), vertiges, dépression morale, pensée confuse. Le mal de tête commence ordinairement à gauche, puis s'étend à toute la tête. Elle est toujours constipée et, pour aller à la garde-robe, elle doit prendre régulièrement des pilules. Elle n'a jamais eu aucune éruption sur la peau et ne comprend pas pourquoi ses doigts sont maintenant dans un pareil état. Dans ces derniers temps elle a été mal nourrie. Il y a trois mois, elle a accouché de son troisième enfant. Les trois enfants se portent bien et ne présentent aucun trouble cutané. Elle a été secouée par une émotion violente en apprenant que son mari était mort en mer. C'est à cela, ajouté à sa mauvaise nourriture qu'elle attribue l'état de ses mains. L'histoire de sa famille ne jette aucune lumière sur cette dermatose. Dans ses antécédents personnels on ne trouve aucune trace de rhumatisme, de goutte, de syphilis, d'alcoolisme, ni de facteur toxique quelconque. L'examen des organes thoraciques ne révèle rien d'anormal, la vue et l'ouïe sont bonnes ; il n'y a pas de trouble gastrique, pas d'albumine dans l'urine.

Ses mains n'ont jamais été ni plus moites ni plus sèches que celles des autres personnes; elle n'a eu recours à aucune application médicamenteuse qui pût justifier cette affection; elle se figure que c'est en plongeant ses mains dans l'eau froide qu'elle a provoqué cette éruption.

A l'inspection, la face palmaire des doigts, les éminences thénar et hypothénar, la face dorsale des phalanges médianes et unguéales des deux mains apparaissent parsemés de petits éléments rouges, saillants, séparés les uns les autres, dont le diamètre varie de celui d'un pois à celui d'un « threepenny »; les plus grands sont situés sur la face dorsale des doigts; les plus petits sont échelonnés le long de la face interne des doigts. L'éruption occupe aussi l'espace interdigital situé entre le pouce et l'index. Le creux des deux mains, aussi bien que les régions métacarpiennes et la face dorsale des phalanges contiguës aux métacarpiens ne présentent aucun élément éruptif. Les doigts sont gonffés, la pulpe en est sensible au toucher, la malade ne peut « faire le poing » (make a fist). Il n'existe aucune douleur à la pression dans les régions innervées par le cubital, le médian et le radial. Les ongles sont indemnes ainsi que les pieds et aussi les muqueuses des différents orifices, ce qui est un point important.

On lui recommande de ne pas mettre les mains dans l'eau et de les baigner soir et matin avec de l'huile d'olive bouillie; on lui applique une pâte faite avec parties égales d'oxyde de zinc, d'amidon, de vaseline et de lanoline et on lui fait garder des gants. Contre la constipation on lui ordonne des parties égales d'infusion de gentiane et de mixture de séné.

Une semaine plus tard, le 8 juillet, l'irritation, bien qu'elle existe encore, est beaucoup plus supportable, mais la sensibilité à la pression s'est accrue, les plaques et les papules sont encore plus saillantes et plus gonflées, les doigts sont « en massue », la face dorsale montre une grande confluence, la peau est tendue et luisante. Comme l'intestin ne fonctionne pas encore normalement, on substitue à l'infusion de gentiane une décoction d'aloès et on applique localement une lotion de canne (lotio calaminæ).

Le 11 juillet, c'est-à-dire trois jours plus tard et quatorze jours après l'apparition des premiers symptômes, les mains présentent des vésicules et des bulles aux endroits précédemment occupés par les placards rouges et saillants. Les bulles sont situées principalement à la face dorsale, là où la peau est lâche et offre une moindre résistance à l'exsudat et où les parois des vésicules sont moins épaisses. A la limite des espaces interdigitaux, se trouvent des vésicules séparées, semblables à des grains de semoule. Quelques-unes d'entre elles sont tout à fait superficielles et laissent suinter un liquide trouble. La pulpe des doigts et les plis de flexion présentent des bulles. Il semble que les mains ont été échaudées et qu'il en est résulté des bulles. Comme la malade ne peut se soigner elle-même, on l'admet à « Royal Sonthern Hospital » dans le service du docteur Cameron qui a bien voulu me permettre de suivre l'évolution de ce cas. Il n'y eut aucune autre éruption ; les bulles se rompirent, les plus petites vésicules se résorbèrent peu à peu ; les couches supérieures de l'épiderme étaient distendues, non seulement là où s'étaient élevées des vésicules, mais encore aux endroits où la peau avait conservé l'apparence saine.

Le 29 juillet, je vois la malade pour la dernière fois. L'aspect général est beaucoup amélioré ; elle est gaie et pas du tout déprimée. La peau de la face palmaire des doigts est lisse, rouge un peu sensible au toucher ; çà et là on voit des débris d'épiderme mortifié en voie d'exfoliation. Il n'y a ni suintement, ni récurrence éruptive. Les pieds et les muqueuses, comme je l'ai dit, étaient indemnes.

Le Pompholyx peut encore envahir uniquement les pieds, comme je l'ai observé récemment dans mon service. Un malade, qui venait de Paris, avait consulté M. Besnier qui avait appelé cette affection : dermite sudorale. L'éruption se composait de bulles beaucoup plus discrètes que celles du cas précédent ; elle siégeait à la face plantaire des orteils, à la partie charnue de la plante et au talon ; il existait aussi quelques bulles disséminées sur le cou-de-pied. Le pied gauche était plus atteint que le pied droit. Le malade avait l'habitude de

porter des bottines trop étroites. Il n'était pas atteint d'hyperhidrose plantaire et n'avait jamais eu aucune maladie. D'autre part, c'était un homme nerveux qui souffrait de temps en temps de céphalalgie.

J'ai insisté sur l'absence de localisation de l'éruption sur les muqueuses des orifices. Mais j'ai vu, plus d'une fois, ces éruptions partiellement bulleuses des mains et des pieds siéger aussi aux lèvres, à l'an us et au prépuce ; je crois même que ces multiples localisations ne sont pas rares.

OBSERVATION XXVI

Dyshidrose palmaire syphiloïde

(P. GASTOU. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*)
Tome VII, n° 6, Juin 1896, p. 864 ; *Société de Dermatologie*, séance du 11 Juin 1896).

M. A..., est âgée de 23 ans. Elle n'a aucun antécédent nerveux personnel ou héréditaire. Elle n'a jamais eu d'affections cutanées ni aucune autre maladie.

L'affection actuelle a débuté il y a douze ans, avec la menstruation ; depuis elle ne cesse que par période, mais pour se montrer à nouveau avec les mêmes caractères.

C'est presque toujours pendant les mois chauds que se montre l'éruption ; elle n'existe généralement pas en hiver. Le début de la maladie a lieu par des transpirations abondantes, qui siègent sur tout le corps, mais principalement aux mains.

Dès le début de ces transpirations, apparaissent dans les espaces interdigitaux des vésicules petites, prurigineuses et, presque aussitôt après, les mains se couvrent d'une transpiration tellement abondante que la malade ne peut travailler à sa couture.

Des vésicules d'abord petites, puis de plus en plus grosses se forment, deviennent coalescentes et aboutissent à de véritables bulles. Ces bulles durent un à deux jours, elles se rompent et, à leur place, apparaît une surface lisse rouge, vernis-

sée, très sensible, non suintante, sèche, entourée d'une bordure éphémère légèrement soulevée. Au bout d'un certain temps, la bordure tombe et il reste une tache d'un rouge sombre qui devient foncée, brune et disparaît.

Lorsque la malade est entrée dans le service de M. le Professeur Fournier, les deux paumes des mains étaient couvertes de placards éruptifs de la dimension d'une pièce de 20 à 50 centimes, offrant les caractères de syphilides érythémato-squameuses ou de syphilides psoriasiformes. Mais, à côté de ces éléments existaient d'énormes vésicules et des bulles qui aidèrent au diagnostic.

Il ne peut s'agir de syphilis, la malade n'en a aucun signe. ni héréditaire, ni acquis. Quoique ce ne soit pas une grande nerveuse, elle a une anesthésie complète au sulfate de quinine dans toute la partie droite de la langue. Elle ne sent les piqûres d'aiguille sur les bras que celles-ci sont faites très profondément. Il n'y a rien du côté des viscères et des urines.

OBSERVATION XXVII

Dyshidrose palmaire vésiculo-bulleuse.

(P. GASTOU. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* Tome VII, n° 6, juin 1896, p. 863 ; *Société de Dermatologie*, Séance du 11 juin 1896).

M. C... est âgée de 48 ans; elle habite la province et vient consulter pour une affection de la paume de la main qui la gêne pour se livrer à son métier de couturière.

Cette affection a débuté brusquement dans les conditions suivantes; elle rentrait un soir avec son père; ils furent attaqués par une bande de malfaiteurs. Elle en eut une forte émotion et fut fort mal à l'aise pendant quelques jours. C'est alors qu'apparut brusquement sur les deux mains une éruption de petites vésicules miliaires, en grains de sagou qui n'ont jamais changé d'aspect et qui existent avec les mêmes caractères quand nous voyons la malade.

Elle a les deux paumes des mains recouvertes de petites vésicules qui durent six à huit jours et disparaissent pour laisser place à des vésicules nouvelles, sans produire de desquamation.

Cette affection survient de préférence l'été, mais se montre aussi en hiver. La malade n'a jamais transpiré, ne transpire jamais. Elle n'a aucun trouble nerveux, aucune manifestation visérale (1).

OBSERVATION XXVIII

(Personnelle)

Dyshidrose récidivante chez une anhidrotique.

Ehr..., Marie, 32 ans, modiste, entrée le 9 avril, 1896, salle Gibert, lit n° 27.

Sa mère est morte à 44 ans d'une maladie de poitrine. Son père est encore vivant ; il a 66 ans et souffre de rhumatisme. Rien à signaler dans la ligne collatérale.

La malade a toujours toussé ; elle a eu diverses maladies de l'enfance, comme la rougeole. Réglée à 13 ans, elle a toujours vu régulièrement depuis. Elle a eu un enfant qui a actuellement 12 ans et qui est très bien portant, au dire de la mère. Celle-ci a toujours été souffreteuse ; elle est nerveuse, irritable ; elle souffre de dyspepsie depuis l'âge de 18 ans. Elle est faible, débile, amaigrie.

Depuis l'enfance, elle a eu des dartres au visage ; ses mains ont toujours été rudes et rugueuses, malgré de fréquentes applications de glycérine.

Il y a 10 ans, à la suite d'une vive contrariété, la malade vit apparaître en 24 heures une éruption limitée aux mains, aux avant-bras, aux jambes. Cette éruption était composée de petites bulles d'eau qui se percèrent au bout d'une journée, sous

(1) Ayant eu moi-même quelque temps après, l'occasion d'examiner cette jeune fille, j'ai constaté qu'elle était manifestement dermatographique, ainsi d'ailleurs que l'était aussi la femme de l'observation XXVI.

l'influence du caoutchouc. La malade a été soignée à la salle Henri IV ; on l'a considérée comme atteinte d'eczéma ; on l'a traitée par des gants de caoutchouc et la pommade à l'oxyde de zinc. Elle est sortie guérie au bout de 22 jours et a repris son travail.

Depuis cette époque, des éruptions bulleuses apparaissent plusieurs fois par an, sans rapport avec les saisons, aussi bien l'hiver que l'été ; elles sont limitées aux mains ; elles provoquent un prurit très intense surtout la nuit ; elles ont une durée variable. En général elles coïncident avec les époques menstruelles ou bien les précèdent de 3 ou 4 jours.

Il y a 3 ans, il s'est installé une poussée aiguë plus intense et plus durable que les précédentes ; elle occupait la paume de la main. La malade s'est traitée par le caoutchouc ; l'éruption s'est atténuée, mais propagée aux avant-bras. Dans son ensemble, l'affection a évolué en 3 à 4 mois.

Depuis cette époque, presque tous les mois, apparaît une éruption discrète, coïncidant avec les règles. La poussée actuelle est particulièrement longue et rebelle ; elle date de 3 mois. Elle occupe à la fois les faces dorsale et palmaire des deux mains ; mais elle présente un aspect différent, suivant que l'on considère l'une ou l'autre de ces faces.

À la face palmaire, les lésions ne dépassent pas la face antérieure du poignet et elles se prolongent sur la face antérieure de la première phalange digitale. Elles consistent en vésicules et en bulles de dimensions variables, présentant différents degrés d'évolution. Les plus jeunes semblent profondément enchâssées dans la peau ; elles ont la grosseur d'un grain de mil et sont transparentes. D'autres, arrivent au stade adulte, atteignent des dimensions assez considérables, variant de la grosseur d'un pois à celle d'un haricot. Ce sont des bulles typiques, dont l'ouverture donne issue à un liquide séreux et quelquefois purulent. Elles laissent après elles des aires d'exfoliation circulaires ou étoilées.

Au dos des mains les lésions prennent l'aspect lichénoïde, caractérisé par la pigmentation et le quadrillage de la peau,

l'exagération des plis cutanés, l'épaississement du derme, l'existence de quelques papules excoriées.

Il est à noter que la malade ne sue jamais des mains. Son faciès est pâle ; elle ne présente rien au cœur ; à l'auscultation, l'on entend des frottements et une inspiration rude aux sommets.

On ordonne comme traitement général la solution arsenicale et des pointes de feu, — comme traitement local, l'emplâtre à l'huile de cade, lequel produit un effet vraiment merveilleux ; l'éruption cède en une dizaine de jours. La malade sort guérie après un séjour de deux semaines à l'hôpital.

OBSERVATION XXIX

(Personnelle)

Dyshidrose palmaire et plantaire.

Lef..., 34 ans, palefrenier, entré le 21 avril 1896, salle Cazenave, lit n° 25.

Le malade ne peut donner de renseignements précis sur ses antécédents héréditaires. Il n'a jamais eu aucune affection de la peau. Il a toujours transpiré très abondamment des mains et des pieds. Il n'est pas dyspeptique, il est robuste et jouit d'une bonne santé.

Le début de l'affection remonte à 15 jours ; elle s'est manifestée d'abord aux faces palmaire et plantaire des mains et des pieds. Il existe bien sur d'autres régions un certain nombre de papules ; mais elles ne sont survenues que postérieurement.

Actuellement, on constate, sur la face plantaire des pied, plusieurs aires d'exfoliation qui sont le siège d'une desquamation lamelleuse, rappelant les vestiges d'une ampoule. A la face palmaire des mains, l'épiderme présente, en plusieurs endroits, cette même desquamation lamelleuse, consécutive à des vésicules affaissées. D'autres vésicules, plus jeunes sont encore gonflées de liquide.

En outre, sur la face dorsale des pieds et des mains, sur la

face postérieure des jambes, sur la face interne des cuisses et la face antérieure des avant-bras, on observe une éruption qui consiste en petites papules peu saillantes, de grandeur variable, de forme très irrégulière, au niveau desquelles la peau est rouge et présente une desquamation fine avec augmentation des plis de la peau. Ces caractères, bien visibles aux avant-bras et à la face interne des cuisses, diffèrent un peu à la face dorsale des pieds ; là les placards sont plus grands et plus géométriques ; la desquamation, au lieu d'être furfuracée, est lamelleuse, assez semblable à celle de la face plantaire, et fait penser à celle qui est consécutive à des bulles.

Le malade est traité avec l'emplâtre à l'huile de cade. Il reste à l'hôpital environ 3 semaines ; au bout de ce temps, il se trouve suffisamment amélioré et sort pour reprendre son travail.

OBSERVATION XXX

(Personnelle)

(Consultation externe de l'hôpital Saint-Louis ; juin 1896.)

Dyshidrose palmaire

Homme, 27 ans, garçon de restaurant. A fait son service militaire et n'a jamais souffert des pieds. A eu, en 1890, l'influenza et la fièvre muqueuse. Nerveux et éthylique ; insomnies, cauchemars, léger tremblement. Mauvaises digestions ; pyrosis fréquent. Hyperhidrose généralisée et très abondante. L'éruption dyshidrotique a débuté il y a trois semaines aux faces latérales et dorsale des doigts, dans les plis interdigitaux ; bientôt elle a envahi la face palmaire des doigts, puis la paume des deux mains ; rien sur le reste du corps. Ce sont des vésicules types ; les unes sont rompues par irritation mécanique ; les autres se sont affaissées spontanément et laissent après elles une légère desquamation furfuracée. On recommande au malade de revenir à la consultation la semaine suivante, mais on ne l'a plus revu.

OBSERVATION XXXI

(Personnelle)

Dyshidrose palmaire et plantaire récidivante.

Dr... Augustine Adèle, âgée de 41 ans, repasseuse, entrée le 12 mai 1896, salle Gibert, lit N° 31. — Célibataire, pas d'enfants.

Son père est mort à Bicêtre en 1872, à l'âge de 42 ans, après avoir passé 2 ans à l'hôpital Saint-Louis, où l'on a dû lui enlever les deux yeux pour une affection dont la malade ne peut préciser la nature. Elle affirme que, jusqu'alors, son père n'avait jamais eu de maladies.

Sa mère est morte en 1873, à l'âge de 41 ans; elle ne s'était pas bien remise de sa dernière couche, et, après avoir trainé pendant cinq à six mois, elle est morte de la poitrine.

Les grands pères et grands mères, qu'elle n'a pas connus, ont toujours été en bonne santé et sont morts très vieux, à ce qu'elle a entendu raconter.

La malade est la seconde de onze enfants. Son aîné n'a pas été soldat; il a été exempté du service militaire pour faiblesse et est mort phthisique à 29 ans, après avoir été deux ans malade. Tous ses autres frères et sœurs sont morts entre dix-huit mois et trois ans de congestion cérébrale, de méningite, de rougeole, de variole, etc. Elle possède, du côté paternel, trois tantes qui sont très bien portantes; sa mère n'avait ni frères ni sœurs.

Contrairement à tous ses frères et sœurs, la malade n'a eu aucune des maladies de l'enfance et a toujours joui d'une bonne santé. — Menstruations à 17 ans; depuis elle a vu très régulièrement chaque fois pendant trois jours. A chaque époque, douleurs lombaires de courte durée, sans que jamais, cependant, cela l'ait empêchée de travailler.

Elle habite, son travail achevé, une chambre grande, exposée au soleil, bien aérée, pas humide; ses aliments sont de bonne qualité, mais modérés comme quantité. Elle exerce une profession fatigante qui l'oblige à rester debout toute la journée, dans une atmosphère très chaude. Elle se remet à l'ouvrage immé-

diatement au sortir de la table ; elle travaille 11 heures par jour et dort 8 à 9 heures.

Cette femme est brune, de taille moyenne, même plutôt petite. Cependant elle n'a pas l'apparence malade. Elle a toutefois un peu maigri depuis dix ans.

La malade n'a ni céphalalgie, ni rachialgie ; son caractère est mobile et changeant ; elle est exclusive dans ses affections et ses antipathies ; elle plaisante à propos de tout ; elle est très bavarde et sa conversation roule sur des sujets insignifiants ; parfois elle se laisse aller à des explosions de gaieté, à des exubérances de langage, puis elle devient subitement triste, renfermée, hypocondriaque ; elle se préoccupe de sa santé à la manière des neurasthéniques.

Elle ne présente pas de troubles de la sensibilité ni de la localisation tactiles ; à noter, cependant, une légère hyperesthésie cutanée. L'acuité visuelle est normale ; pas de troubles de l'accommodation. La réaction de la pupille à la distance et à la lumière est très manifeste ; ni achromatopsie, ni dyschromatopsie. Léger degré d'hypoacousie ; lorsqu'on lui ferme les yeux, la malade localise mal dans l'espace les bruits entendus. La sensibilité générale de la muqueuse olfactive est normale ; le sens olfactif n'est pas diminué d'intensité ; le goût aussi est normal. Pas de troubles de la sensibilité thermique, ni de la sensibilité à la douleur. Cryesthésie relative des extrémités. Pas de zones hyperalgésiques ni hystérogènes. Les réflexes sont conservés, plutôt même exagérés, le réflexe rotulien plus spécialement.

La langue est rouge, sèche, et présente l'empreinte des dents. La réaction de la salive est nettement alcaline. La malade n'a pas grand soif et boit très peu ; elle ne présente pas d'anorexie véritable, mais l'appétit est diminué ; elle mange la plupart du temps par raison et par habitude plutôt que par faim. Elle n'a pas de dégoût véritable pour tels aliments, mais elle supporte mal les choux, les oignons, les navets, l'oseille, les pâtisseries, le sucre, les légumes secs, etc. Elle mange plus volontiers, et supporte plus facilement la viande en quantité modérée, la salade, surtout le lait et les œufs ; les fromages quels qu'ils soient sont bien tolérés.

Après le repas, la face est « écarlate », congestionnée. Puis des douleurs apparaissent au creux de l'estomac ; ce sont des tiraillements plutôt que de la brûlure ou de la cuisson ; — sensation de pesanteur et de plénitude ; somnolence et lourdeur de tête. Le ventre doit être à l'aise et nécessite le dégrafage des vêtements. Pas de pyrosis, ni de céphalalgie ; ni vomissement, ni crachotement ; pas d'éruclations, sauf quand la malade a mangé des choux, des oignons, etc. Au bout de plusieurs heures survient une crise de bâillement qui soulage la malade. Parfois, une heure ou deux avant le repas, apparaissent des tiraillements d'estomac qui la font beaucoup souffrir, mais que l'ingestion des aliments fait disparaître. Il arrive que la nuit, trois ou quatre heures après son repas du soir, la malade s'éveille, en proie à de vives douleurs ; l'accès dure environ une heure, puis tout rentre dans l'ordre. Le matin, elle est obligée de faire des efforts très pénibles pour se lever ; elle éprouve un sentiment de fatigue très intense ; elle est « anéantie » ; mais tous ces symptômes disparaissent dès qu'elle a quitté le lit. Le matin aussi, l'haleine est mauvaise ; la malade a dans la bouche un goût d'amertume très désagréable ; parfois elle a des pituites et rejette un flot de liquide « clair comme de l'eau de roche », dit-elle.

La malade n'est pas alcoolique ; elle ne boit jamais d'alcool, et ne prend de vin qu'aux repas : un litre lui dure trois jours.

L'intestin fonctionne normalement. Les selles sont régulières et de consistance normale. Ni constipation ni diarrhée ; les flatuosités ne sont pas habituelles ; elles dépendent de l'alimentation. A noter cependant, des borborygmes parfois assez intenses. L'intestin n'est pas douloureux à la palpation.

Le foie et la rate ne sont ni douloureux ni augmentés de volume.

Les sécrétions salivaires et lacrymales sont normales ; elles sont toutes deux de réaction alcaline. L'urine présente une réaction acide ; elle ne contient ni albumine, ni indican. La quantité d'urine excrétée par jour est plutôt au-dessous de la moyenne, mais elle est en rapport avec le peu de boissons qu'absorbe la malade. Celle-ci ne sue jamais des mains, ni des

pieds, ni du reste du corps ; elle sue à peine quelque peu des aisselles, mais quand il fait extrêmement chaud ; donc, anhidrose très manifeste.

Les battements du cœur sont normaux. — Epistaxis assez fréquentes, en moyenne une fois par mois, mais sans rapport apparent avec le flux cataménial. L'épistaxis survient souvent quand la malade se mouche, et dure environ dix ou quinze minutes. — Jamais d'hémorrhoides ; jamais de palpitations.

Rien de particulier aux poumons ; la respiration est seulement un peu moins intense en arrière. Pas de toux.

La malade présente à un très haut degré le grand état *dermographique* turgescant qu'a décrit Barthélemy (1), après Dujardin-Beaumetz (2). Avec une pointe mousse, on trace sur la peau du thorax et du dos, des dessins, des lettres. Presque immédiatement une rougeur diffuse se montre dans la zone sur laquelle on a expérimenté ; puis, avant que la première minute se soit écoulée, on voit apparaître des lignes rouges, légèrement violacées, correspondant exactement au tracé de la pointe mousse. Tout autour, la rougeur diffuse s'étend à 3 centimètres environ et se dégrade insensiblement. Ensuite, les lignes rouges, étalées sur une étendue de 7 à 8 millimètres, grossissent, s'élèvent, prennent un relief arrondi (4 à 5 millimètres), et, au bout de deux minutes, on a l'aspect d'un cordonnet qu'on aurait enfilé sous la peau, ou d'une plume d'oie qu'on aurait introduite sous le derme. La rougeur diffuse du pourtour est très intense, plus foncée que l'incarnat des cordonnets. A leur niveau, la sensibilité à la pression et au toucher paraît un peu diminuée ; il n'y a ni douleur ni prurit.

Au bout d'un quart d'heure, le rouge du pourtour diminue ; il est parsemé de petits îlots blanchâtres qui reprennent l'as-

(1) Cf. BARTHÉLEMY. Du Dermographisme (*Internationaler dermatologischer Congress abgehalten in Wien, im Jahre 1892*, p. 515). BARTHÉLEMY, Dermographisme ou dermoneurose toxivasomotrice, Paris, 1893

(2) Cf. DUJARDIN-BEAUMETZ. La femme autographique (*Annal. de Dermat.* 1880, vol. I, p. 107.

pect de la peau normale ; mais, sur le bord des cordonnets, cette rougeur demeure très intense. Puis le semis blanchâtre s'accroît de plus en plus. Les cordonnets sont toujours turgescents quoique, cependant, ils s'affaissent et pâlissent peu à peu. A ce moment, ils sont nettement bordés par deux lignes blanches très nettes ; ils restent encore longtemps appréciables à la vue et au toucher, puis disparaissent lentement et progressivement par petits ilots à contours irréguliers ; en même temps les cordonnets diminuent de largeur. — La rougeur du pourtour a complètement disparu bien avant que le mot écrit ait cessé d'être lisible. Les cordonnets pâlissent de plus en plus, mais ce n'est guère qu'au bout de quatre heures que la peau a complètement repris son aspect normal. Le phénomène ne laisse donc après lui ni ecchymoses, ni sigillations. Il offre son maximum d'intensité dans le dos, entre les deux épaules, et sur la poitrine, au-dessus des seins. Au moment des règles de la malade, ce phénomène acquiert une intensité plus grande encore.

La peau n'est, en général, ni grasse, ni onctueuse, ni luisante ; elle est pâle, blanche et fraîche.

Lors de son entrée à la salle Gibert, la malade présente une éruption qui siège aux mains et aux pieds ; l'éruption est constituée par de petites vésicules gonflées, pleines de liquides, de la grosseur d'un grain de millet, nettement appréciables au toucher. Les divers éléments éruptifs sont d'âge différent.

Main gauche : — Vésicules disséminées sur les faces palmaire, dorsale et latérales des doigts, principalement sur les premières phalanges et dans l'espace compris entre l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce et celle de l'index. A la paume une large bulle, grande comme une pièce de 20 centimes, remplie de liquide purulent. A la partie interne de l'éminence hypothénar, des bulles anciennes se sont desséchées et l'on constate à leur place de petites squames. Rien au poignet ni sur les bords latéraux de la main ; rien à la face dorsale.

Main droite : — Vésicules sur la 3^{me} phalange du cinquième doigt, la 1^{re} du troisième et du quatrième. Sur la 1^{re} phalange de l'index, se trouve une grosse bulle qui empiète sur la région

palmaire. Dans le pli de flexion qui répond à l'articulation métacarpo-phalangienne du pouce, se trouve une grosse bulle, large comme une pièce de 20 centimes. Une autre bulle beaucoup plus large occupe la moitié externe de la paume et gagne l'éminence thénar sans toutefois s'étendre au poignet. Rien au dos de la main.

A la plante des pieds, il existe de nombreuses bulles dont plusieurs sont inoculées par les microorganismes pyogènes du milieu ambiant. A gauche, ces bulles siègent surtout sous le gros orteil, sur la partie charnue qui correspond aux métatarsiens ; elles sont larges comme des pièces de 1 fr. et de 2 fr. La peau est décollée presque sur toute la moitié postérieure de la plante du pied ; il en résulte une large ulcération de l'épiderme ; il en est de même de la région qui répond au tendon d'Achille. — Au pied droit, une énorme bulle occupe aussi la moitié postérieure de la plante, le talon et remonte en arrière sur une hauteur de trois centimètres ; l'ulcération occupe surtout le bord interne du pied ; sur le reste de cette face plantaire existent de nombreuses vésicules.

Les surfaces mises à nu sont rouges et douloureuses à la pression. La malade souffre aux mains et surtout aux pieds, de démangeaisons violentes qui se manifestent avec plus d'intensité le soir et le matin, quelquefois aussi dans la nuit, au point même de provoquer son réveil.

Sur le dos du pied, on constate quelques taches légèrement desquamantes, disséminées çà et là et grandes comme vingt ou cinquante centimes.

Aux mains, les ongles, sauf ceux de l'annulaire et de l'index gauches, ont une apparence tout à fait anormale ; ils sont épaissis, bosselés, mamelonnés, rugueux, écailleux ; ils sont durs et cassent quand on veut les couper ; ils présentent des stries longitudinales parallèles, très serrées et d'autres stries transversales, perpendiculaires aux précédentes. Des sillons transversaux profonds, au nombre de deux, trois ou quatre pour chaque ongle sont bordés d'élévures très appréciables à la vue et au toucher. Les lésions débutent du côté de la matrice de l'ongle ; l'extrémité opposée à la matrice est relati-

vement saine. Assez souvent la moitié postérieure seule de l'ongle présente des troubles trophiques. Aux pieds, les ongles sont, de même, épaissis et écailleux, mais avec beaucoup moins d'intensité qu'aux mains.

Les cheveux de la malade tombent tous les jours « à plein peigne » ; de même, ils ont beaucoup grisonné dans ces derniers temps. Il faut constater aussi un eczéma séborrhéique du cuir chevelu, lequel donne lieu à de très abondantes pellicules.

Quatre fois le mois dernier, à peu près tous les huit jours, la malade a eu de l'œdème malléolaire qui chaque fois s'est étendu à la jambe et à la cuisse jusqu'au pli de l'aîne, avec plus d'intensité à droite ; ce n'était pas un œdème pâle ; il était marbré, cyanosé, il ne se laissait pas déprimer par le doigt ; c'était de l'œdème dur, de « l'enflure ferme. » Cet œdème s'est accompagné, chaque fois, de raideurs et de douleurs dans la jambe ; il a rétrocedé ordinairement après trois ou quatre jours de repos, sauf la dernière fois où il n'a cédé que huit jours après l'entrée de la malade à l'hôpital.

La malade ne présente pas de nodosités rhumatismales, ni de fluxions articulaires.

C'est la troisième fois que cette malade est atteinte d'éruption dyshidrotique. La première poussée est survenue l'été dernier, à la suite de fatigues et de chaleurs excessives ; elle n'a occupé que la plante des pieds ; elle a duré trois ou quatre mois et elle a comporté plusieurs poussées qui duraient quinze jours à trois semaines ; elles étaient concomitantes, au début, à une poussée plus ancienne qui entraînait en voie de résolution, et, vers la fin, à une poussée nouvelle qui commençait à s'installer. La deuxième éruption, survenue au mois de janvier dernier, n'a duré que six semaines et est restée limitée à la plante des pieds. Enfin une troisième éruption s'est manifestée aux environs du carnaval, aussi bien à la paume des mains qu'à la plante des pieds ; elle dure depuis lors sans interruption ; de nouvelles poussées ont succédé aux plus anciennes ; de guerre lasse, ne pouvant plus travailler et souffrant beaucoup, surtout moralement, notre malade se décide à entrer à l'hôpital, aujourd'hui 12 mai 1896.

Comme l'épiderme est à nu et qu'il existe des lésions d'inoculation, on applique d'abord des compresses d'eau bouillie froide ; lorsque toute trace d'inflammation a disparu, on a recours à l'emplâtre à l'huile de cade.

La malade est sortie dans les premiers jours de juillet, enchantée de sa guérison et vantant les mérites du traitement qu'on lui avait appliqué. Mais ce n'est pas du premier coup que l'on a pu se rendre maître de son affection.

Les mains ont encore été, après l'entrée à l'hôpital, le siège de nouvelles poussées subintrantes ; cependant elles n'ont pas tardé à offrir une surface desquamante, de laquelle se détachaient des lambeaux d'épiderme exfolié ; la surface cutanée palmaire reprit à peu près l'apparence normale, au bout d'une vingtaine de jours. La peau de la face palmaire était alors lisse, tendue ; les plis cutanés étaient en voie de réapparition ; la face palmaire des phalanges présentait de nombreux plis longitudinaux, parallèles à l'axe du doigt, serrés les uns contre les autres, comme si la peau était devenue beaucoup plus ample que son contenu.

L'éruption plantaire s'est montrée beaucoup plus rebelle. De nouvelles bulles assez nombreuses, réunies par coalescence, se sont développées par intermittence jusque vers la fin du mois de juin. Mais peu à peu les démangeaisons ont diminué, pour disparaître bientôt ; et la surface cutanée plantaire n'a pas tardé à reprendre son aspect normal.

Contre l'eczéma séborrhéique, on avait prescrit le bonnet de caoutchouc que la malade conserva jour et nuit ; le suintement fut très abondant ; il se tarit au bout d'une quinzaine de jours.

OBSERVATION XXXII

(Personnelle)

(Consultation externe de l'hôpital Saint-Louis, juin 1896).

Dyshidrose palmaire chez un syphilophobe.

Homme, 29 ans, garçon boucher, marié (?).

Sa mère était alcoolique ; elle est morte à la suite d'un accès de delirium tremens ; son père est bien portant.

Il a eu une pleurésie il y a dix ans. Il a fait son service militaire en Cochinchine et n'y a, dit-il, contracté aucune maladie ; mais, depuis son retour en France, il souffre de douleurs rhumatoïdes dans les membres.

Il est petit de taille, mais solide et vigoureux ; son métier est très fatigant car il l'oblige à porter de lourdes charges.

Ce malade est un alcoolique ; il boit habituellement de nombreux petits verres et apéritifs ; il absorbe, en outre, deux à trois litres de vin par jour. — Son régime alimentaire est déplorable. Il mange très vite et prend à peine le temps de mâcher l'énorme quantité de viande qui lui sert presque d'unique nourriture. Aussi, toute la journée lui reviennent dans la bouche, des parcelles alimentaires qui n'ont pas été triturées mais qui cependant n'ont pas de mauvais goût ; éructations gazeuses, mérycisme, bâillements fréquents et somnolence surtout après le repas. Ce malade fume en outre par jour de 30 à 40 cigarettes. Le matin il se lève avec peine, en proie à une sensation d'insurmontable lassitude, il a « mauvaise bouche », est sujet à de fréquentes pituites ; assez souvent, il a, au sortir du lit, de violentes envies de vomir ; dès le lever, avant même de s'habiller, il se met à fumer et à boire quelques verres de vin. Pendant tout le temps qui précède le repas, notre homme est en proie à une violente céphalalgie. Il n'a ni constipation, ni diarrhée ; son urine donne, à la réaction de Gubler, un disque d'indican.

Il présente une grande nervosité ; le soir, il est « très agité » dans son lit ; il ne s'endort qu'avec peine, au bout d'un temps assez long. C'est d'ailleurs, un hypocondriaque ; il est triste et morose ; il est toujours inquiet de sa santé ; il a des accès de gaieté brusques et passagers, des intempérances et des exubérances de langage ; exclusif dans ses affections comme dans ses antipathies, il est coléreux, rancunier et s'emporte violemment à propos de tout. Il est sujet aux vertiges, aux éblouissements.

Ce malade est dermatographique La pointe mousse laisse une

marque d'abord blanche puis rouge. La bande rouge se détache très nettement du reste de la peau, sans être entourée de rougeur diffuse. Au bout de deux minutes, l'épiderme est soulevé et forme un bourrelet écarlate très appréciable non seulement à la vue, mais encore au toucher. Cet œdème commence à disparaître au bout de 15 minutes; il ne reste plus que des flots disséminés, encore saillants; puis toute saillie s'efface, mais la coloration rouge persiste encore pendant plusieurs heures.

Hyperhidrose généralisée. Les cheveux tombent abondamment et font présager une calvitie précoce; la peau est grasse et moite. Refroidissement habituel des extrémités. Les ongles sont très durs, se laissent difficilement couper; ils sont recourbés, incurvés, comme enroulés autour de la phalange terminale; ils sont fortement striés. Migraines fréquentes et névralgies sus-orbitaires bien localisées. Pupilles rétrécies, spasme de la paupière supérieure. Les réflexes sont normaux.

Le poumon présente un sommet douteux, à droite et en avant. Rien à signaler au cœur.

Le malade s'est beaucoup servi de solution d'acide oxalique pour nettoyer les cuivres de la boutique dans laquelle il est employé; il est d'avis que ses mains ont été irritées par ce contact. Toutefois, dans ces derniers temps, il s'est trouvé sans ouvrage et ses mains n'ont plus été en contact avec le liquide corrosif.

Depuis environ 18 mois, il a toujours quelques pustules d'acné plus spécialement localisées dans le dos. Tout récemment, il en a vu apparaître quelques-unes sur le ventre, près de l'ombilic... Il devient alors très anxieux et redoute fort d'avoir contracté la syphilis; or, ce matin, au lever, il est stupéfait de voir sur ses mains une assez grande quantité de « boutons blancs ». Cette fois, il n'a plus aucun doute, et il se décide à venir à la consultation pour faire soigner « sa maladie vénérienne »

Or cette prétendue syphilis n'est qu'une poussée de dyshidrose, constituée par de petites vésicules typiques situées sur les faces latérales des doigts et dans les plis interdigitaux; elles

sont très nombreuses et ont une tendance à gagner la face dorsale ; elles provoquent de vives démangeaisons. Le malade alors raconte que, depuis un an, il a vu apparaître sur ses mains plusieurs poussées de ce genre, mais beaucoup plus bénignes : elles n'étaient presque pas prurigineuses et il n'y avait pas attaché d'importance. On lui ordonne de la pommade à l'oxyde de zinc et on le rassure ; le malade s'en va réconforté ; on lui recommande de revenir la semaine suivante, mais on ne l'a plus revu.

OBSERVATION XXXIII

(Personnelle)

*Dyhidrose ancienne récidivante, avec poussées de
Lichen plan.*

Bert..., Edouard, âgé de 48 ans, maçon, entré le 9 avril, salle Cazenave, lit n° 59. Célibataire.

Son père est mort à 78 ans ; il était vif, emporté, nerveux ; il avait toujours été bien portant ; il avait cependant eu une hémiplégie passagère dont il est difficile, faute de renseignements, de déterminer l'origine.

Sa mère est morte à 69 ans d'une maladie de cœur. Rien de spécial à dire des oncles et des tantes.

Le malade a eu 18 frères et sœurs ; ils ne restent plus que 3 vivants et biens portants. L'un est mort de variole, un autre de maladie de cœur, un autre s'est suicidé, les 12 autres ont succombé à des maladies du jeune âge.

Il dit tenir surtout de son père. Etant enfant, il a eu la variole vers 6 ans, puis la séborrhée sèche du cuir chevelu. De puis, il n'a fait aucune maladie, en dehors des affections cutanées dont il va être parlé.

En 1868. comme militaire, il est soigné à Châlons pour un eczéma qui occupe les deux avant-bras ; les mains sont respectées. On le traite par des bains sulfureux et la pommade au calomel ; il est guéri au bout d'un mois, mais, à partir de ce moment, il est affligé d'une hyperhidrose extrêmement abondante.

En 1870, il est prisonnier en Allemagne et voit apparaître aux mains une première poussée aiguë de « petits boutons » très prurigineux, tout à fait semblables à ceux qu'il présente actuellement et qui sont de petites vésicules saillantes. Il entre alors à l'hôpital. L'affection dans son ensemble évolue en 15 jours.

En 1873, en Afrique, il reste 136 jours à l'hôpital de Dellys pour une affection qui occupe les avant-bras et que l'on prend, au début, pour la gale. L'affection est ensuite dépistée par un major, ami de Bazin ; elle est traitée par le liniment camphré et les bains alcalins.

Depuis l'année 1874, le malade vient à l'hôpital Saint-Louis, en moyenne 3 fois par an, pour une éruption, toujours la même, qui récidive avec opiniâtreté, sans que les saisons paraissent avoir quelque rapport avec son apparition. Il a successivement passé par tous les services et essayé tous les traitements.

Au début de l'affection, les mains seules étaient prises, puis l'éruption a gagné aussi les avant-bras. Dans la suite les poussées se sont localisées plusieurs fois aux pieds, les mains et les avant-bras restant indemnes ; plus tard les mains et les pieds ont présenté simultanément des lésions dyshidrotiques ; actuellement l'éruption siège à la fois aux mains, et aux pieds, aux avant-bras et aux plis du coude.

Il y a plus : au début, les éruptions avaient une durée ne dépassant guère 15 jours : mais, au fur et à mesure que les poussées se succèdent, elles sont de plus en plus tenaces ; elles durent un mois entier, deux mois même ; celle qui a précédé l'éruption actuelle a duré trois mois entiers.

Chaque séjour à l'hôpital coïncide avec un certain nombre de poussées successives, ou plutôt, une poussée s'installe avant que la précédente ait disparu, de sorte que l'on peut voir au même moment sur le sujet des lésions d'âge différent et correspondant aux divers stades d'évolution de la dermatose.

Chaque poussée qui provoque l'entrée du malade à l'hôpital est précédée de démangeaisons qui durent à peu près une journée. Il suffit en général d'une seule nuit pour que l'éruption s'installe. Le prurit est intense, surtout la nuit ; il peut être

assez violent pour éveiller la malade ou l'empêcher de dormir.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente: 1° aux pieds, une dyshidrose à sa période d'état; 2° aux mains, une dyshidrose au début; 3° aux plis du coude, des lésions de lichen simple.

Sur le dos des mains et des doigts, à la face latérale de ceux-ci, à la région antérieure du poignet se trouvent, en nombre considérable, de petites vésicules arrondies, de la grosseur d'un grain de mil, enchâssées dans la peau, faisant corps avec celle-ci. Elles sont indolentes, légèrement transparentes; elles laissent s'échapper, quand on les perce, une gouttelette de liquide séreux. La peau est normale tout autour. La couche cornée de l'épiderme est épaisse, rugueuse, craquelée, râpeuse, surtout à la face palmaire. Les ongles sont friables, épais, cassants; on ne peut les couper, dit le malade, à moins de les avoir auparavant ramollis dans l'eau. Ils sont bombés, incurvés, comme enroulés autour des extrémités digitales.

De la face antérieure du poignet à la partie moyenne de l'avant-bras, les nodules diminuent de volume, mais deviennent rougeâtres, en même temps que l'on note une légère pigmentation de la peau et une exagération manifeste des plis cutanés.

Au pli du coude, des deux côtés, on remarque l'existence d'une plaque typique de lichen simplex, caractérisée par de petites papules roses dont quelques-unes sont surmontées d'une petite croûte sanguine, — par la pigmentation brune de la peau, — par l'exagération des plis, — par le quadrillage, — par le prurit surtout nocturne.

Au cou-de-pied, le long des bords latéraux et un peu à la plante du pied, ainsi qu'à la partie inférieure de la jambe, on trouve des lésions en tout comparables à celles des mains. Mais ici l'évolution est plus avancée: la plupart des bulles sont rompues; il en résulte de petites aires d'exfoliation épidermique, à centre rougeâtre entouré d'une collerette livide. Au tiers inférieur des jambes, les lésions prennent l'aspect lichénoïde, comme aux avant-bras.

Cet homme est maçon; ses mains sont exposées à des irri-

tations professionnelles mécaniques et chimiques (chaux, plâtre, etc.). Il habite une chambre grande, saine, bien aérée ; sa nourriture est bonne et son système musculaire est moyennement développé. — Il est alcoolique et avoue qu'il boit chaque jour deux litres de vin, plusieurs absinthes et de nombreux verres de rhum ; il présente un léger tremblement, mais il n'a, prétend-il, ni cauchemars, ni hallucinations. Il a mauvaise bouche, le matin, au réveil. Cependant les digestions sont bonnes, les selles régulières, de consistance normale. L'urine présente à peine un léger disque d'indican. La réaction salivaire est très légèrement alcaline.

Rien à signaler du côté des poumons, du cœur ou de la rate, Le foie est un peu gros.

Pas de troubles de la sensibilité tactile et thermique, ni de la sensibilité à la douleur. Cryesthésie des extrémités ; le malade se réchauffe très difficilement les pieds, surtout l'hiver. Le réflexe rotulien est complètement aboli ; la pupille réagit encore à la lumière et à la distance.

Cet homme présente l'état dermatographique moyen. [La bandelette rosée devient bientôt rouge violet ; elle se détache très nettement sur le reste de la peau qui offre à peine une rougeur diffuse extrêmement atténuée. L'infiltration œdémateuse atteint par endroits deux et même trois millimètres d'épaisseur ; elle est très facilement appréciable à la vue et au toucher. La rougeur correspondant au passage du stylet mousse ne disparaît complètement qu'au bout de plusieurs heures.

Ce malade a eu autrefois de nombreuses pellicules ; aujourd'hui, il n'y a plus trace d'eczéma séborrhéique ; mais il existe une alopecie assez marquée.

Dès son entrée à la salle Cazenave, on lui met un pansement humide (eau bouillie froide) aux mains, aux pieds et aux avant-bras, puis de l'emplâtre à l'huile de Cade. Le lichen des avant-bras disparaît au bout de 15 jours, et les pieds recouvrent leur état normal au bout d'un mois ; mais l'éruption persiste encore aux mains, avec des rémissions et des exacerbations. Il est vrai de dire que le malade enlève souvent son pansement, laisse ses mains à découvert pendant plusieurs

heures consécutives et travaille des mains toutes les après-midi. De nouvelles éruptions dyshidrotiques succèdent à d'autres éruptions avant même que ces dernières soient entrées dans le stade de régression ; l'on rencontre ainsi d'une manière constante, sur la paume de la main, des lésions de tout âge. Aucune des précédentes poussées n'a duré autant que la poussée actuelle.

De temps à autre, les papules de lichen simple apparaissent de nouveau aux avant-bras, restent visibles pendant quelques jours, puis disparaissent pour se reproduire quelques jours après.

Pendant les dernières grandes vacances, j'ai perdu de vue ce malade et lors de la rentrée je le croyais guéri. J'ai été très étonné de le retrouver à l'hôpital où il est encore actuellement (décembre 1896) ; sa dermatose est donc très persistante elle dure en effet depuis huit mois ; mais elle ne présente guère de modalités différentes de celles qui ont été décrites plus haut ; elle est tout à fait remarquable par sa ténacité.

OBSERVATION XXXIV

(Personnelle)

Dysdrose palmaire et eczéma des membres.

Mor... Louis, 33 ans, veuf sans enfants, tailleur d'habits, entré le 28 juillet 1896, salle Cazenave, n° 63.

Examen du malade le 30 juillet 1896. — A la main gauche, de nombreuses petites vésicules « en grain de sagon », distinctes les unes des autres, disséminées, peu confluentes, siègent dans les espaces interdigitaux, surtout dans le deuxième et le troisième, puis aux doigts, sur la face palmaire des premières et des deuxième phalanges, ainsi que sur leur face dorsale, mais plus particulièrement sur l'index et le médus. La face dorsale des trois autres doigts, ainsi que la face palmaire des troisièmes phalanges sont presque entièrement respectées. Quelques vésicules isolées, très clairsemées, séparées les unes des autres par d'assez grands intervalles de peau saine, se

rencontrent sur le dos de la main. De nombreuses vésicules se sont rompues par le frottement ou par le grattage ; surtout là où elles présentaient quelque confluence ; il en est résulté des surfaces rougeâtres et douloureuses, qui, n'étant pas protégées, ont donné lieu à des lésions d'inoculation. On rencontre des pustules principalement le long du bord externe du pouce et dans le fond de l'espace situé entre la racine du pouce et celle de l'index. — A la face palmaire du pouce, apparaissent quelques vésicules plus grosses, atteignant le volume d'une lentille ou même d'un petit haricot. A la paume de la main, on aperçoit tout d'abord trois très grosses bulles : deux siègent le long du pli de flexion des doigts sur la paume ; elles ont la grosseur d'un gros haricot et sont terminées toutes deux par une extrémité effilée, sorte de pont qui les relie l'une à l'autre ; — l'autre bulle, grosse comme une noisette, se trouve située sur le pli d'opposition du pouce. En dehors de ces trois gros éléments, la paume de la main est constellée d'une quinzaine de vésicules nettement distinctes les unes des autres, larges comme une lentille, grosses comme un petit pois. A la partie la plus postérieure de l'éminence thénar, tout près des plis de flexion du poignet on voit une autre bulle du volume d'un haricot, entourée de sept ou huit petites vésicules grosses comme un grain de mil ; quatre ou cinq autres empiètent sur le poignet sur une hauteur de deux centimètres. Il existe aussi de nombreuses petites vésicules sur le bord externe du pouce et de la main ; mais le bord interne de la main et celui du petit doigt sont complètement indemnes.

La main droite est beaucoup moins endommagée. Les vésicules sont surtout nombreuses dans les 2^{me} et 3^{me} espaces interdigitaux ; la plupart ont été rompues mécaniquement et présentent une surface rouge, sensible, sur laquelle se remarque une légère exfoliation épidermique. A la face palmaire des doigts, la phalange unguéale est à peu près indemne, sauf au petit doigt où les vésicules sont nombreuses et confluentes sur les trois phalanges. Sur la 1^{re} et la 2^{me} phalange de l'index, du médus et de l'annulaire sont parsemées 5 ou 6 vésicules, de la grosseur d'une lentille. A la face dorsale, les vésicules,

très nombreuses, presque toutes ouvertes, ne siègent guère que sur les 1^{me} et 3^{me} phalanges ; quelques-unes sont rugueuses au toucher et sont le siège d'une légère desquamation ; en d'autres points où l'excoriation a été plus intense, on peut voir des pustules, indices de l'inoculation. Sur le dos de la main, il n'existe que quelques rares vésicules très discrètes. A la paume, le long du bord interne de la main, de même que près du bord externe, parallèlement au pli d'opposition du pouce, siègent 10 à 12 vésicules, disséminées irrégulièrement, grosses, les unes comme une tête d'épingle, les autres comme un pois. Les bords latéraux de cette main droite sont respectés.

Le malade dont il s'agit ne présente rien à signaler comme antécédents héréditaires, sauf que sa mère était asthmatique. A l'âge de 26 ans, il a été atteint d'une adénite cervicale ; on lui a, raconte-t-il, enlevé plusieurs ganglions suppurés, à l'hôpital du Gros-Caillou ; il présente en effet, des cicatrices à droite et à gauche, près de l'angle du maxillaire. A noter que cette adénite a été tout d'abord considérée comme étant d'origine syphilitique ; on a ordonné à ce malade de l'iodure de potassium, mais un coryza très intense et une éruption iodique sont survenus aussitôt ; l'on a dû supprimer le médicament. On a d'ailleurs bientôt abandonné le diagnostic de syphilis. En 1870, il a couché sur la terre humide et il a dû à la suite de cela, s'aliter pendant 15 jours. Depuis, il a, par intermittence, souffert de rhumatisme chronique, beaucoup moins, cependant, pendant ces dernières années.

Ses digestions sont bonnes, ses selles régulières et normales, son appétit modéré. Il boit beaucoup de « petits verres » et d'apéritifs ; il rêve d'animaux et a de fréquents cauchemars ; le tremblement significatif est manifeste. — Il a eu autrefois de l'hyperhidrose plantaire très intense ; il n'en souffre plus guère actuellement, mais il a de l'hyperhidrose palmaire. — Il craint beaucoup la chaleur et il en est très incommodé dans l'atelier où il travaille, surtout quand les becs de gaz sont allumés. — Il est atteint de calvitie et présente le second état dermatographique (de Barthélemy). — Les ongles paraissent sains.

Il y a cinq ans, il est venu à la consultation de l'hôpital

Saint-Louis pour une dermatose qui affectait la forme d'un segment de circonférence et qui siégeait sur le dos des mains ; on a, prétend-il, fait le diagnostic de psoriasis ; il en aurait été débarrassé, toujours d'après ses affirmations, au bout de cinq ou six jours, après application de cataplasme à la fécule de pomme de terre et de pommade à l'oxyde de zinc.

Actuellement le malade présente, outre sa dyshidrose, de nombreux placards d'eczéma qui ont débuté il y a deux mois et qui sont localisés actuellement derrière la malléole interne gauche, à la face interne de la cuisse gauche, sur la région antéro-externe de la cuisse droite, sur le tiers supérieur de la face postérieure des avant-bras. Ces placards sont mal limités ; ils ont des contours irréguliers ; leur étendue varie depuis celle d'une pièce de 1 fr., de 2 fr., de 5 fr. jusqu'à celle d'une paume de main ; ils sont rudes, âpres, rugueux au toucher ; ils ne suintent plus, — Sur le coude gauche on constate une légère desquamation psoriasiforme.

Il y a huit jours, le matin, en s'éveillant, notre malade a été tout surpris de constater sur ses mains une éruption dyshidrotique ; les éléments de cette dernière ont peu à peu augmenté de volume pendant cette dernière semaine.

Le malade raconte que, depuis plus de trente ans, il a vu, chaque été, apparaître sur ses doigts de petites vésicules semblables aux lésions actuelles, mais beaucoup plus petites et beaucoup moins nombreuses ; il ne s'en est jamais ému, et cela se comprend puisqu'il ne s'agissait que d'une forme fruste tout à fait bénigne ; mais jamais il n'a constaté une éruption aussi intense que l'est la poussée actuelle. Il est à noter qu'il a eu, ces jours derniers, l'occasion de manger beaucoup de poisson ; celui-ci était peut-être avarié, étant donnés, d'une part, son prix très modique et, d'autre part, la chaleur excessive de la saison. Cette dyshidrose subite paraît donc avoir été provoquée par une intoxication d'origine alimentaire.

On applique immédiatement le pansement humide à l'eau bouillie froide, et, au bout de quelques jours, toute trace de suppuration a disparu. La dyshidrose évolue alors normalement et le malade ne tarde pas à quitter l'hôpital.

OBSERVATION XXXV

(personnelle)

Dyshidrose palmaire et eczéma des membres. (1)

Rouz..., Anna, 20 ans, repasseuse de neuf, enceinte pour la seconde fois, entrée le 16 juillet 1896, salle Henri IV, n° 33.

Son père et sa mère sont morts phthisiques, l'un à 34 ans, l'autre à 36 ans; une de ses tantes est idiote; il existe plusieurs « poitrinaires » dans la ligne collatérale.

Premières règles à 16 ans 1½, d'abord irrégulières, puis régulières au bout de quelques mois; elle devient alors enceinte. L'accouchement a eu lieu à terme; il s'est effectué normalement; l'enfant est vivante; la mère ne l'a nourrie que 26 jours, au bout desquels elle l'a confiée à une nourrice de la campagne.

Cette malade a toujours été chétive; elle s'enrhume facilement et elle a été plusieurs fois traitée comme anémique. Elle a eu de la leucorrhée avant d'être enceinte pour la première fois; elle en a encore eu depuis.

Elle est maintenant dans un état de grossesse assez avancé, les dernières règles sont du 19 novembre 1895; elle a senti remuer au bout de quatre mois. Les règles sont complètement supprimées.

Elle souffre d'assez nombreux troubles de la grossesse: vomissements, épistaxis, manque d'appétit, lourdeur de tête, etc.

Elle a quelques varices superficielles aux mollets. Son appétit a beaucoup diminué et elle a maigri depuis quelque temps. Les battements du cœur sont normaux. Aux poumons, le premier temps est rude, le second temps prolongé aux deux sommets. Elle est habituellement constipée.

Cette malade est très impressionnable; elle pleure facile-

(1) C'est à l'obligeance de M. Canuet interne et de M. Deschamps, externe, que je dois de pouvoir publier cette observation. Je les en remercie bien vivement.

ment, se chagrine et se désole pour des riens, elle est très impatiente, s'emporte et se querelle pour des futilités ; elle a des antipathies irréflechies et très tenaces. Elle a des explosions de gaieté inattendues suivies d'accès d'hypocondrie. Tantôt elle est renfermée, tantôt elle bavarde avec excès ; elle aime à faire des niches et reconnaît qu'elle est « très rosse ».

Avant la première grossesse, la fonction sudorale était normale ; mais, depuis lors, l'hyperhidrose s'est installée surtout au tronc, à la tête, aux aisselles ; mais, aux mains et aux pieds, il y a de l'anhidrose. La malade a toujours, dit-elle, les pieds gelés. Elle a perdu beaucoup de cheveux depuis deux ans. Les ongles ne paraissent pas solidement fixés ; ils vacillent et sont douloureux.

Elle est dermatographique au degré moyen. Au début, la ligne tracée n'a pas de bords très nets ; ceux-ci se dégradent insiblement avec l'incarnat diffus circumvoisin. Au bout de quelques minutes, cette rougeur disparaît complètement et l'on distingue alors très nettement les lettres tracées ; leur couleur est d'un rouge très vif, leurs bords sont d'une remarquable netteté ; la saillie produite par cet œdème cutané est très appréciable au toucher.

La malade fait un métier très fatigant. Elle reste debout la plus grande partie de la journée, dans une atmosphère très chaude.

Dès le premier mois de sa grossesse, elle vit apparaître un placard d'eczéma au petit doigt de la main gauche ; en outre, comme il faisait froid, elle eut à souffrir d'engelures et de crevasses. Elle va alors voir un pharmacien qui lui ordonne des compresses d'eau phéniquée : aussitôt l'eczéma s'étend, gagne le dos de la main, devient très suintant et très prurigineux. Sur ces entrefaites, elle lave sa chambre avec de « l'eau de carbonate », d'où, nouvelle exacerbation de la dermatose. Intervient alors un second pharmacien qui lui vend une potion, très amère, paraît-il, et une pommade jaunâtre. Mais la malade ne tarde pas à cesser d'elle-même ce nouveau traitement, car la potion lui délabre l'estomac et la pommade « lui fait plus de de mal que de bien ». C'est à ce moment qu'elle se décide

enfin à venir à l'hôpital où elle entre dans le service de M. Brocq, il y a de cela environ deux mois. Elle y reste quelques semaines, puis sort améliorée.

Or, il y a quelques jours, elle a reçu une mauvaise nouvelle ; la nourrice a fait savoir que l'enfant était gravement malade. Aussitôt la mère pleure et sanglote ; elle est en proie à une profonde désolation et, pendant la nuit suivante, elle ne dort pas, rongée qu'elle est par son chagrin. Or, le lendemain matin, elle constate, sur le dos de ses mains, la présence de petites vésicules très prurigineuses ; elle ne cesse de se gratter, les vésicules crèvent, s'infectent et quand la malade arrive à l'hôpital, ses doigts baignent dans le pus ; on constate même de la lymphangite et la pression digitale provoque de la douleur dans l'aisselle.

Au bout de quelques jours de repos et de soins les surfaces précédemment couvertes de pus apparaissent rouges, sèches, desquamantes, irrégulières sur leur pourtour et assez sensibles.

Outre les lésions dyshidrotiques, la malade présente actuellement des placards d'eczéma disséminés surtout à la face dorsale du poignet, aux avant-bras, aux jambes, à la région des malléoles, sur le dos du pied.

Cette femme, rapidement améliorée, ne tarde pas à quitter l'hôpital.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1873. **Fox** (Tilbury). — On dysidrosis ; The American journal of Syphiligraphie and Dermatology, janvier 1873, vol. IV, p. 1-8.
- **Fox** (Tilbury). — Skin Diseases, III^e édition, 1873, p. 476 et sq.
- **Fox** (Tilbury). — Clinical lecture on Dysidrosis (an undescribed eruption) ; British medical journal, 27 septembre 1873, page 365.
- **Fox** (Tilbury). — Clinical lecture on Dysidrosis ; Atlas of Skin diseases, planche LI, p. 84.
1874. **Ogston**. — A case of Dysidrosis under the care of Dr Alexander Ogston reported by Mr. Charles Broomhead ; British medical journal, 25 avril 1874, p. 546.
1876. **Cumming** (W.). — Cheiro-Pompholyx. Lettre à The Lancet 15 avril 1876, p. 563.
- **Fox** (Tilbury). — Mr. Hutchinson's Cheiro-Pompholyx, Lettre à The Lancet, 1876, 15 avril, p. 563.
- **Fox** (Tilbury). — Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx, Lettre à The Lancet, 1876, 20 avril, p. 654.
- **Hutchinson** (Jonathan). — Cheiro-Pompholyx, Illustrations of clinical surgery, vol. I, p. 49 et sq.
- **Hutchinson** (Jonathan). — Mr. Hutchinson's Cheiro-Pompholyx, Lettre à The Lancet, 1876, 22 avril, p. 618.
- **Hutchinson** (Jonathan). — Cheiro-Pompholyx, Notes of a clinical lecture on « a recurrent bullous eruption of the hands », rédigé en 1871, et actuellement imprimé mot pour mot, The Lancet, 29 avril 1876, p. 630.
1877. **Cottle**. — Der Einfluss der Temperatur auf die Entstehung von « Pompholix der Hand », Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1877, vol. IX, p. 581.
- **Crocker**. — Dysidrosis or Cheiro-Pompholyx, British medical journal, 1877, 8 décembre, p. 803.

- **Fox** (Tilbury). — On the skin-affection lately described as Dysidrosis, British medical journal, 8 décembre 1877, page 799.
- **Liveing** (Robert). — Cheiro-Pompholyx and Dysidrosis, British medical journal, 8 décembre 1877, p. 803.
- **Robinson** (A.R.) — Pompholyx, Cheiro-Pompholyx (Hutchinson); Dysidrosis (Tilbury Fox), avec 4 planches, Archives of dermatology, juillet 1877, vol. III, p. 289-303.
- **Thin** (George). — Remarks on a skin-affection lately observed and described as Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx and Pompholyx, British medical journal, 1877, 1^{er} décembre, p. 761.
- **Tweedy** (John). — A contribution to the controversy respecting Cheiro-pompholyx and Dysidrosis, British medical journal, 29 décembre 1877, p. 921.
- 1878. **Fox** (Tilbury). — Clinical comments on Dysidrosis and its morbid anatomy, British medical journal, 1878, 25 mai, p. 749.
- **Fox** (Tilbury) et **Crocker** (Radcliffe). — The minute Anatomy of Dysidrosis, avec deux planches, Transactions of the pathological Society of London, 1878, 21 mai, vol. XXIX, p. 264.
- **Tweedy**. — Dysidrosis and Cheiro-Pompholyx : an explanation ; British medical journal, 1878, 19 janvier, p. 113.
- 1879. **Fajarues**. — Ephidrosis, Cronica oftalmologica, Cadiz, IX, 1879, p. 39 ; Index medicus, 1879, n^o 7, p. 361.
- **Gago**. — El sarpulido (Dysidrosis) chronica medico-quirurgica de la Habana, 1879, V, p. 202.
- **Pearse**. — Dysidrosis ; British medical journal, 19 avril 1879, p. 586.
- 1880. **Dujardin-Beaumetz**. — La femme autographique ; Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1880, vol. I, page 107.
- **Neumann**. — Lehrbuch der Hautkrankheiten, 1880, p. 105.
- **Smith** (Walther). — On recurrent vesicular disease of the hands, (Cheiro-Pompholyx d'Hutchinson, Dysidrosis de Tilbury Fox), The Dublin jour. of. med. Sc. nov. 1880, p. 390.
- 1881. **Auspitz**. — System der Hautkrankheiten, Wien, 1881, pages 140-141.
- **Thomas** (W.-F.). — A case of Dysidrosis ; Indian medical Gazette, Calcutta, 1881, XVI, p. 15.
- Transactions of the international medical Congress, London, 1881, III, p. 446.

1882. **Bulkley** (L. Duncan). — Manual of Diseases of the skin, 1882, pages 87 et 136.
- **Touton**. — Entwicklung der Blasen der Epidermis, 1882, p. 9.
1883. **Hoggan** (G. et F.-E.). — Ueber Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx und Pompholyx; Monatshefte für praktische Dermatologie, 1883, nos 4 et 5, p. 110-124, 148-153.
- **Von Ziemssen**. — Handbuch der Hautkrankheiten, 1883, Leipzig, zweite Hälfte, p. 289-290.
1884. **Von Hebra**. — Die krankhaften Veränderungen der Haut und ihrer Anhangsgebilde, Braunschweig, 1884, p. 423-426.
- **Doyon**. — Contribution à l'étude du Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx ou Pompholyx; Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 2^{me} série, 1884, p. 93-102.
- **Robinson**. — Miliaria and sudamina; Journal of cutaneous and venereal diseases, décembre 1884, p. 362.
- **Robinson**. — Manual of Dermatology, New-York, 1884.
1885. **Murray**. — Cheiro-Pompholyx; Austral. med. gaz. Sydney, 1885-1886, p. 303.
1886. **Hardy**. — Traité pratique et descriptif des maladies de la peau; Paris, 1886, p. 563.
- **Jackson**. — A case of Dysidrosis of the face, Journal of cutaneous and venereal diseases, vol. IV, janvier 1886, n^o 1, p. 1-5.
1887. **Robelin (E)**. — Dysidrosis; Cron. med. quir. de la Habana, 1887, p. 175.
- **Rosenthal (O)**. — Ein Fall von Dysidrosis chronica des Gesichts; Deutsche medicinische Wochenschrift, 1887, n^o 20, p. 423.
1888. **Burgess**. — A variety of Cheiro-Pompholyx, Med. Chirurgical Society on 22 nov. 1888; British journal of Dermatology, 1888, vol. I, p. 97.
- **Crocker** (Radcliffe). — Diseases of the skin, London, 1888, p. 133.
- **Owen**. — Cheiro-Pompholyx; The Lancet, 1888, p. 1131.
1889. **Bonnet (L)**. — Contribution à l'étude de la Dysidrose, Paris, Jouve, 1889, 94 pages; — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1889, p. 833.
- **Meissner (G)**. — Zur Funktion der Knäueldrüsen, aus zwei vergessenen Arbeiten aus der klassischen Periode der Haut-

- anatomie von Unna ; Monatshefte für praktische Dermatologie, 1889, II, 85.
1890. **Brocq (L.)**. — *Traitement des maladies de la peau*, Paris, 1890, p. 142 et sq., p. 358.
1891. **Besnier et Doyon**. — Traduction de « Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten von **Kaposi** », 2^{me} édition, Paris, Masson, 1891.
- **Breda**. — Il Pomfolicc (Robinson). Osservazioni clinico-istologiche ; *Rivista clinica e terapeutica*, octobre 1891, p. 547.
- **Tøerøek**. — Sudamen und Miliaria ; Monatshefte für praktische Dermatologie, XIII, vol. 10.
- **Williams (A. Winkelried)**. — The anatomy of Cheiro-Pompholyx ; *British journal of Dermatology*, octobre 1891, p. 363-308 ; — Cheiro-Pompholyx (Histologische Untersuchung), Monatshefte für praktische Dermatologie, XV, 2, 15 juillet 1891, p. 41-47.
1892. **Barthélémy**. — Du dermographisme, Internationaler dermatologischer Congress abgehalten in Wien in Jahre 1892, p. 545
- **Barthélemy**. — Dysidroses, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1892, p. 817-818.
- **Hallopeau**. — Dysidrose du nez, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, juin 1892, p. 728-730.
- **Santi**. — Zur Frage der als Dysidrosis, Cheiro-Pompholyx, und Pompholyx beschriebenen Hauterkrankung, Monatshefte für praktische Dermatologie, Hambourg, 1892, XV, 2, p. 93-109, 160-176.
1893. **Adam (James)**. — Lymphangioma circumscriptum ; *British medical journal*, 2 décembre 1893, p. 1212.
- **Barthélemy**. — Dermographisme ou dermoneurose toxivasomotrice, Paris, Société d'éditions scientifiques, 1893.
- **Behrend**. — Ueber Dysidrosis, Monatshefte für praktische Dermatologie, 1893, vol. 2, p. 404.
- **Tenneson**. — *Traité clinique de dermatologie*, Doin, Paris, 1893.
- **Chatelain**. — *Précis iconographique des maladies de la peau*, Paris, Maloine, 1893.
- **Crocker (Radcliffe)**. — *Diseases of the skin*, London, 1893.
- **Jamieson (W. Allan)**. — Case of Dysidrosis of the face with

- unilateral hyperidrosis, british journal of dermatology, mai 1893, p. 134.
- **Raynor**. — Dysidrosis des Gesichts, Brooklyn dermatological an genito-urinary society, Monatshefte für praktische Dermatologie, 1893, vol. 2. p. 26.
 - **Robinson**. — Hidrocystoma, Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, août 1893, vol. XI, n° 8, août 1893, p. 293-304.
1894. **Brocq** (L.). — Hidrocystome (Robinson) ; Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, février 1894, pages 111 et 113.
- **Behrend**. — Dysidrose, Congrès de Nuremberg, Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1894, p. 372.
 - **Berliner**. — Ueber einen Fall von Cheiro-Pompholyx, Deutsche medicinische Wochenschrift, vol. XX, n° 43, p. 392.
 - **Rosenthal**. — Ein Fall von Dysidrosis chronica des Gesichtes, M. Monatshefte für praktische Dermatologie, 1894, vol. 1, p. 375.
 - **Unna**. — Die Histopathologie der Hautkrankheiten, Berlin, Hirschwald, 1894, p. 182-186, 914-916.
 - **Crocker** (Radcliffe). — Hidrocystoma or lymphangioma circumscriptum ; British journal of Dermatology, février, 1894, p. 56.
 - **Anderson**. — Sudamina ; Treatise on diseases of the skin, 2^e édit., London, 1894.
 - **Morow** (A.). — Hidrocystoma ; System of genito-urinary diseases, syphilology and dermatology, New-York, 1894, t. III, p. 780.
1895. **Adam** (James). — Hidrocystoma, British journal of dermatology, juin 1895, p. 169.
- **Barendt**. — A case of Cheiro-Pompholyx, British journal of dermatology, 1895, vol. VII, p. 318-322.
 - **Hallopeau**. — Hidrocystome et Dyshidrose, Société de Dermatologie du 12 décembre 1895, Annales de Dermatologie, 1895, t. VI, p. 1110.
 - **Hutchinson**. — Cases illustrating the neurotic origin of Hidrocystoma ; British journal of dermatology, mai 1895, p. 137-144.
 - **Mackey** (Edward). — Cheiro-Pompholyx in association with Eczema ; British journal of Dermatology, 1895, vol. VII, p. 335.

- **Morton** (Alex.). — A case of Hidrocystoma, British journal of Dermatology, août 1895, p. 245.
- **Penrose**. — Pompholyx with superadded pemphigus, British journal of Dermatology, 1895, vol. VII, p. 214.
- **Perry**. — Case of Pompholyx with hyperidrosis, British journal of dermatology, 1895, vol. VII, p. 157.
- **Pringle**. — A case of extremely severe Pompholyx in chronic Bright's disease, British journal of Dermatology, 1895, vol. VII, p. 26.
- **Thibierge** (Georges). — De l'Hidrocystome, Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 1895, t. VI, p. 978-988, p. 994.
- **Jarisch**. — Ein Fall von Dysidrosis ; Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft (5^e congrès), Leipzig et Vienne, 1895.
- **Thibierge**. — Thérapeutique des maladies de la peau, Paris, 1895.
- **Darier**. — L'Histologie pathologique des maladies de la peau, d'après les travaux de M. Unna. Analyse critique. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, 3^e série, t. VI, 1895, p. 901-921, 1060-1081, 1159-1179.
- 1896. **Bassaget** (Léon). — De l'hidrocystome, Thèse de Paris, Juillet 1896, Lachèse et Cie, Angers, 72 pages.
- **Doyon** (A). — Cas de Dysidrose (Congrès allemand de Dermatologie et de Syphiligraphie, juin 1896, p. 403.
- **Gastou** (P). — Dyshidrose palmaire syphiloïde ; Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, juin 1896, tome VII, n^o 6, p. 864.
- **Gastou** (P). — Dyshidrose palmaire vésiculo-bulleuse ; Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, juin 1896, tome VII, p. 865.
- **Jarisch**. — Ein Fall von Dysidrosis ; Archiv für Dermatologie und Syphilis, 1896, t. XXIV, p. 124.
- **Wickham** (Louis). — Hidrocystome, par Alex. Morton ; — Hidrocystome, par J. Hutchinson ; — Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie, février 1896, pages 232-234.
- **Darier**. — L'Histologie pathologique des maladies de la peau, d'après les travaux de M. Unna. Analyse critique. Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie. 3^e série, T. VII, 1896, p. 95-119.

REVUES ET PÉRIODIQUES

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie (Paris Masson). — 1880, 107; — 1884, 93, 102; — 1886 445; — 1889, 833; — 1892, 728, 730, 817, 818, 317; — 1894, 111, 372; — 1895, 978, 988, 1110; — 1896, 232, 403, 864, 865.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques (Henri Fournier, Paris). — 1892, 723; — 1895, 443.

Revue des Sciences médicales de Georges Hayem (Masson, Paris). — 1874, 250; — 1879, 634; 1881, 193; — 1888, 171; — 1889 622; — 1893, 614.

The british journal of dermatology (H. K. Lewis, London). — 1888-1889, 97; — 1891, 303, 308; — 1892, 269, 286; — 1893, 134; — 1895, 26, 137, 157, 169, 214, 245, 318, 322, 335.

The british medical journal (E. Hart, London). — 1873, 365; — 1874, 546; — 1877, 761, 799, 803, 843, 921; — 1878, 113, 749; — 1879, 586.

The Lancet (Wakley and Son London). — 1876, 563, 651, 618, 630; 1888, 1131.

The Dublin journal of Medical Science (Fannin and Co Dublin). — 1880, 390.

Journal of cutaneous and venereal (genito-urinary) diseases (William Wood, New-York). — 1884, 362; — 1886, 1, 5; — 1893, 191, 293, 304, 411; — 1894, 27.

The american journal of syphilography and dermatology. (Christern, New-York). — 1873, 1, 8.

Archives of Dermatology (Putnam's sons, New-York). — 1874-1875, 143, 144; — 1876-1877, 289, 303; — 1879, 58; — 1880, 177, 179; — 1882, 76.

Australian medical Gazette (Sydney). — 1885-1886, p. 303.

Indian medical Gazette (G. Wyman and Co, Calcutta). 1881, 15.

Schmidt's Jahrbücher der in und ausländischen gesammten Medicin (Otto Wigand, Leipzig). — 1893, 143; — 1895, 157.

Vierteljahresschrift (Archiv) für Dermatologie und syphilis, (Wilhem Braumüller, Wien). — 1873, 554 — 1877, 253, 581 ; — 1878, 325, 326, 329 ; — 1879, 136 ; — 1886, 699 ; — 1887, 999 ; — 1888, 419 ; — 1889, 767 ; — 1890, 251 ; — 1892, 671 ; — 1893, 302 ; 1896, 124.

Monatshefte für praktische Dermatologie (P. G. Unna, Hamburg und Leipzig, Léopold Voss). — 1883, 110, 121, 148, 155 ; — 1889 ; — 1891, I, 40, 47 ; — 1892, II, 93, 109, 137, 160, 176 ; — 1893, I, 105 ; — II, 26, 404 ; — 1894, I, 375 ; II, 203, 392.

Deutsche medicinische Wochenschrift (P. Börner, Berlin). — 1887, 425 ; — 1894, 392.

Giornale italiano delle Malattie veneree e della pelle, (Milano, Bortolotti dei fratelli Rivara). — 1873, 55, 58 ; — 1877, 302 ; — 1878, 125 ; 1886, 190 ; — 1887, 254 ; 1891, 454.

Rivista clinica e terapeutica (G. Romano, Napoli). — 1891, 547.

Cronica oftalmologica (Cayetano del Toro, Cadiz). — 1879, p. 39.

Cronica medico quirurgica de la Habana (J. Santos Fernandez, Habana). — 1879, 202 ; — 1887, 175.

FIGURES, PLANCHES ET CHROMOLITHOGRAPHIES

1874. **Fox** (Tilbury). — Clinical lecture on Dysidrosis ; Atlas of the skin diseases, planche LI, p. 84, 1874.
1877. **Robinson** (A.-R.). — Pompholyx, Cheiro-Pompholyx (Hutchinson), Dysidrosis (Tilbury Fox), avec quatre planches Archives of Dermatology, juillet 1877, vol. III, p. 289.
1878. **Fox** (Tilbury) et **Crocker** (Radcliffe). — The minute anatomy of Dysidrosis, avec deux planches ; Transactions of the pathological Society of London, 21 mai 1878, vol. XXIX, p. 264.
1884. **Robinson**. — Malaria and Sudamina (Dysidrose de la face de Duhring) ; Journal of cutaneous and venereal diseases, décembre 1884, p. 362.
1886. **Jackson**. — Dysidrosis of the face ; Journal of cutaneous and venereal diseases, 1886, vol. IV, n° 1, p. 1.
1892. **Brook**. — Epithelioma adenoïdes cysticum ; British journal of Dermatology, 1892, vol. IV, n° 9, p. 269 et 286.
1893. **Chatelain**. — Précis iconographique des maladies de la peau Paris, Maloine, 1893, planche I, fig. 3, c.
1893. **Robinson** (A.-R.). — Hidrocystoma ; Journal of cutaneous and genito-urinary diseases, 1893, vol. XI, n° 8, p. 293.
1895. **Adam** (James). — Hidrocystoma ; British journal of Dermatology, juin 1895, p. 169.
1895. **Hutchinson**. — Hidrocystoma after hemicrania ; British journal of Dermatology, 1895, vol. VII, n° 5, p. 137.

MOULAGES

(MUSÉE DE L'HOPITAL SAINT-LOUIS).

N° d'ordre	Vitrine			
694	92	Dysidrose. — Paume de la main.	FOURNIER	1880
742	92	Dysidrose. — Main droite, face palmaire.	OLLIVIER	1881
838	92	Dysidrose. — Paume de la main.	FOURNIER	1882
926	92	Dysidrose. — Main droite, face dorsale.	FOURNIER	1883
978	92	Dysidrose. — Paume de la main gauche.	FOURNIER	1884
990	92	Dysidrose. — Main, pied.	HALLOPEAU	1884
1257	92	Dysidrose. — Plante du pied droit	VIDAL	1887
1268	92	Dysidrose. — Pied gauche.	HALLOPEAU	1887
1367	92	Dysidrose. — Paume de la main droite.	QUINQUAUD	1888
1483	92	Dysidrose syphiloïde. — Paume de la main.	FOURNIER	1896
409	11	Eczéma vésiculeux et bulleux. — Main.	LAILLER	1876
391	36	Gale. — Mains. Eruptions sympto- matiques polymorphes.	GUIBOUT	1876
724	18	Zona. — Avant-bras gauche et dos de la main.	FOURNIER	1880
1189	18	Zona. — Plante du pied ; enfant de trois ans.	QUINQUAUD	1886
1122	18	Herpès. — Paume de la main sur le trajet du nerf médian.	HALLOPEAU	1886
225	127	Syphilides palmaires disséminées (Collection de M. le Prof. Fournier ; Jumelin).		
363	58	Syphilide papulo-squameuse. — Paume de la main.	GUIBOUT	1875
1627	60	Syphilide palmaire.	FEULARD	1891
1743	3	Hidrocystomes multiples de la face	THIBIERGE	1893
710	83	Urticaire (dermographisme); érup- tion provoquée. Dos.	GUIBOUT	1880

TABLE DES MATIÈRES

I. HISTORIQUE..... page 9

« Dysidrosis » de Tilbury Fox (1873) ; — « Cheiro-Pompholyx » de Jonathan Hutchinson (1876) ; — identité symptomatique des deux affections.

Discussion sur le droit de priorité. Leçons et communications antérieures inédites. Témoignage de Tweedy. — Cumming.

Discussion sur la localisation et la pathogénie de l'affection. Théorie de T. Fox ; — Théorie contraire de Hutchinson. — Les partisans prennent part à la lutte : Robinson champion de Hutchinson (1877), Crocker de T. Fox (1877-1878). Diversité d'interprétation. Recours à l'arbitrage de Thin : mort de T. Fox (1878). Contrôle de G. et F.-E. Hoggan (1883).

Cas de Pearse, Thin, Walther, Smith, Cottle, Burgess, L. Bonnet, Williams, Santi, Breda, Rarthélemy, Gastou, Farez, Berliner, Barendt, Rasori et Schwimmer, Behrend, Pringle, Perry, Penrose, Mackey, Jarisch, Jamieson, etc. — Cas de dyshidrose de la face.

Divergences des auteurs ; but de ce travail, etc.

II. SYMPTOMATOLOGIE page 25

1. *Eruption typique* : Prodromes ; éclosion de la vésicule ; début ; période d'état ; forme ; aspect ; couleur ; volume ; consistance ; rapports avec la peau ; absence d'inflammation ; indolence à la pression ; prurit ; nombre ; groupements ; absence de rougeur inflammatoire ; intervalles de peau saine ; symétrie ; bilatéralité ; contenu vésiculaire ; localisations ; période de régression, desquamation ; poussées subintrantes ; durée ; bénignité.

2. *Variétés et complications* : Coalescence spontanée, bulles ; — grattage, irritation cutanée, rupture vésiculeuse, inflammations secondaires, pustules, « dyshidros-impétigineuse », symptômes locaux et généraux.

3. *Modifications* dans la durée et l'intensité de la poussée vésiculeuse ; — récidives, périodicité, chronicité ; — degré de fréquence.

III. ÉTIOLOGIE..... page 34

A. — EXAMEN CRITIQUE DE QUELQUES OPINIONS SOUTENUES PAR LES AUTEURS : Hystérie ; — déchéance organique ; — hyperhidrose ; — sexe, âge, puberté, ménopause, fonction génitale, époques menstruelles ; — professions.

B. — EXPOSÉ SYSTÉMATIQUE DE L'ÉTIOLOGIE DE LA DYSHIDROSE.

I. *Terrain propice* : diathèse neuro-arthritique.

Manifestations diathésiques les plus communes chez les dyshidrotiques : Etat mental ; — excitabilité ; — fourmillements, vertiges, céphalalgie, etc. ; — engelures ; cryesthésie ; — affections trophonévrotiques de la peau, des annexes de la peau (cheveux, ongles, fonction sudorale) ; du tissu cellulaire sous-cutané ; — dermatographisme.

II. *Causes adjuvantes* qui accroissent la prédisposition diathésique.

1. Déchéance organique ; — 2. maladies infectieuses ; — 3. intoxications chroniques.

III. *Causes déterminantes* ou provocatrices.

1. Brusque fatigue physique ; — 2. Violentes émotions morales ; — 3. Autointoxications aiguës ; — 4. Irritations extérieures (mécaniques, caloriques, chimiques).

IV. *Causes qui entretiennent* et exaspèrent la dyshidrose ou qui le font récidiver : réapparition, persistance et chronicité des diverses causes précédentes.

IV. ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET PATHOGÉNIE..... page 56

A. REVUE HISTORIQUE.

Examens publiés par les différents auteurs : Robinson (1877) ;

— Crocker (1878) ; — Hoggan (1883) ; — Crocker (1888) ;

— Santi (1890-1892) ; — Williams (1891) ; — Breda (1891) ;

— Unna (1894) ; — Martinet-Farez (1896).

B. EXAMEN CRITIQUE.

I *Pars destruens*.

Si la Dyshidrose et le Cheiro-Pompholy comportent des lésions distinctes.

Critique de la théorie sudorale.

1^o Localisation anatomique des vésicules ; examens microscopiques ; Williams rectifie l'illusion de Fox et de Crocker ; concessions de ce dernier.

2^o Si ce sont les glandes sudoripares qui secrètent la sueur : Unna, Meissner.

3^o Réactions du contenu vésiculeux ; divergences et incertitudes.

4^o Inflammation périsudorale : elle est accidentelle et secondaire.

Conclusion : l'interprétation sudorale est fautive : conséquences au point de vue pathogénique.

II *Pars œdificans.*

Siège des vésicules.

Contenu des vésicules et des espaces lymphatiques.

Description des lésions à leur période d'acmé.

Processus évolutif : périodes de début, de progression, d'état, de régression.

Origine vasculaire et non pas cellulaire de ce processus, lequel dépend de l'inflammation papillaire ; retentissement de cette dernière, en dehors des vésicules ; explication de l'inflammation périsudorale.

C. PATHOGÉNIE.

I Robinson, Williams, Santi, etc. — Théorie nerveuse : l'inflammation papillaire dépend d'un trouble vaso-moteur. — Raisons sur lesquelles s'appuie cette interprétation.

II Unna. — Théorie bacillaire : l'inflammation papillaire est consécutive à un processus bacillaire primitif qui débute dans la couche cornée. Description de ces bacilles ; leur pénétration dans les couches sous-jacentes.

L'interprétation de Unna est inacceptable : 1^o Bacilles ; — 2^o concomitance constante de l'hyperhidrose, de la macération et du grattage ; — 3^o rupture de la couche cornée ; — 4^o chimiotaxie.

III Si le trouble vaso-moteur est localisé ou généralisé ; — d'où il provient. — Expériences de Bouchard, Charrin, Gamaléia, Gley ; conséquences. — Autointoxication,

d'où empoisonnement du système nerveux. — Rôle des irritations : exaspération de la névrose chronique.

Trois éléments à considérer : 1^o nerveux, 2^o vaso-moteur, 3^o toxique. — Névrotoxidermite.

V. DYSHIDROSE DE LA FACE ET HIDROCYSTOME. page 405

Exposé chronologique des faits : Cas de Robinson (1884) ; sudamina ou dyshidrose ; opinion de Duhring. Cas publiés comme dyshidroses de la face. — En 1893, mémoire de Robinson : Hidrocystome. — Observations publiées en 1894, 1895 et 1896.

Interprétation de l'hidrocystome : origine glandulaire ; origine canaliculaire ; James Adam et Thibierge ; examen des préparations de Adam par Bassaget. — Constance des lésions de l'appareil sudoral dans l'hidrocystome.

Si les observations publiées par les auteurs comme dyshidroses de la face doivent se ramener toutes à l'hidrocystome : 1^o Cas de Thibierge, Jackson, Rosenthal, Jarisch, etc. ; — 2^o Cas de Hallopeau : examen critique, discussion.

Si toute éruption dyshidrotique d'aspect, mais siégeant à la face, est nécessairement un hidrocystome : 1^o hidrocystome pur, siégeant à la face ; — 2^o hidrocystome associé à la dyshidrose (Jamieson) ; — 3^o dyshidrose de la face ; — 4^o hidrocystome du reste du corps.

Equivoque du terme « dyshidrose » ; avantages de celui de « pompholyx ».

VI. DIAGNOSTIC. page 416

Eczéma. — Dermite sudorale. — Gale. — Zona. — Syphilides palmaires.

VII. PRONOSTIC ET TRAITEMENT. page 428

PRONOSTIC : bénin, cependant incapacité de travail.

TRAITEMENT.

On a préconisé : 1^o des applications locales : elles sont irritantes ;

2^o la ponction exploratrice : elle est imprudente (infection secondaire) ;

3^o des médicaments internes abortifs ou curatifs : leur action est illusoire.

Théoriquement : Interdiction de toute intervention locale.

Pratiquement : Occlusion, mais dans un but de protection et non de thérapeutique.

Repos, suppression de tout travail matériel ; éloignement des causes déterminantes de la dyshidrose ; changement de profession ; régime alimentaire ; hygiène générale.

VIII. CONCLUSIONS	page 133
Observations.....	— 135
Index bibliographique.....	— 189
Revue et périodiques.....	— 195
Figures, planches et chromolithographies.....	— 197
Moulages.....	— 198
Table des matières.....	— 199

Vu : le Doyen,

P. BROUARDEL

Vu : le président de la thèse,

FOURNIER

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

